

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
MESTRADO EM DIREÇÃO E CHEFIA DOS SERVIÇOS EM ENFERMAGEM

O ENFERMEIRO GESTOR NA FORMAÇÃO EM SERVIÇO
A FAMÍLIA EM CONTEXTO HOSPITALAR

DISSERTAÇÃO

Dissertação académica orientada pela
Professora Doutora Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins
E Coorientada pela Professora Doutora Júlia Costa Martinho

Ana Luísa Portela Gonçalves Bastos

PORTO | 2014

*A maior descoberta da minha geração,
é que qualquer ser humano pode mudar de vida,
mudando de atitude*

William James

AGRADECIMENTOS

Este espaço foi destinado a agradecer a todos aqueles que me apoiaram e ajudaram a ultrapassar mais uma fase da minha vida, tornando assim possível a realização deste trabalho.

Agradeço de maneira muito especial e carinhosa, à Professora Doutora Maria Manuela Martins, pelo exemplo de vida, pelo estímulo constante, pela compreensão, pela riqueza de informação transmitida na elaboração deste trabalho e ao longo de toda a minha vida pessoal e profissional, mas sobretudo, pela amizade que perdura ao longo de muitos anos.

À Professora Júlia Martinho pela Co- Orientação.

À Escola Superior de Enfermagem do Porto, pela oportunidade de participar no Projeto “Enfermagem e famílias, práticas dos enfermeiros em unidades de Internamento”.

Ao meu marido Ricardo, aos meus filhos Afonso e Guilherme, pelo apoio incondicional, incentivo, amizade, otimismo, motivação, tolerância e infinita compreensão.

Aos meus queridos pais, Aníbal e Irene, pelo exemplo de vida, pelo apoio e incentivo e por me ajudarem a ser quem sou.

Ao meu sogro, irmãs, cunhadas, cunhados, e sobrinhos por todo o apoio, carinho, amor e compreensão, mas sobretudo, agradeço a todos o “equilíbrio emocional” que sustenta uma vida partilhada.

À minha cunhada Cristina, por cuidar tão bem de todos nós.

À minha colega Carla Rego pelo companheirismo no caminho percorrido .

Ao meu primo Mário Sousa, pelos indispensáveis contributos informáticos.

À equipa do Serviço de Pediatria do CHAA, EPE, pelos momentos de ausência, por todo o apoio demonstrado, mas sobretudo por acreditarem que era capaz de responder a este desafio.

Aos meus colegas enfermeiros, que colaboraram neste estudo e que certamente irão agregar mais conhecimentos nas suas áreas de atuação.

A todos muito obrigada

ABREVIATURAS

OE- Ordem dos Enfermeiros

REPE- Regulamento do Exercício da profissão de enfermagem

APEGEL – Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Líderes

ICN- Internacional Council of Nurses

CEPE – Comissão de Educação Permanente em Enfermagem

EPCO- Método do número médio de enfermeiros por cama ocupada

UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

CFAP – Comissão de Formação e Aperfeiçoamento profissional

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
PARTE I – A GESTÃO DA FORMAÇÃO E A FAMÍLIA EM MEIO HOSPITALAR	17
1 - Gestão e Formação em Serviço.....	18
1.1- <i>A Gestão de Recursos Humanos Versus o Gestor</i>	<i>19</i>
1.1.1 – <i>A Formação na Gestão dos Recursos Humanos</i>	<i>30</i>
1.2– <i>Papel do Enfermeiro Gestor na Formação em Serviço</i>	<i>39</i>
2 - A Família como Cliente em Meio Hospitalar	46
2.1 – <i>Sustentabilidade Teórica do Atendimento da Família.....</i>	<i>47</i>
2.2- <i>A Família e o Processo de Doença.....</i>	<i>51</i>
2.3- <i>O Papel do Enfermeiro no Atendimento da Família.....</i>	<i>54</i>
PARTE II – TRABALHO DE CAMPO.....	59
3 – Processo Metodologia.....	61
3.1 – <i>Questões De Investigação</i>	<i>62</i>
3.2 – <i>Variáveis em Estudo.....</i>	<i>62</i>
3.3 – <i>Instrumento de Colheita de Dados</i>	<i>68</i>
3. 4 – <i>Universo e Amostra.....</i>	<i>69</i>
3.5- <i>Garantias Éticas de Procedimento de Colheitas de Dados</i>	<i>70</i>
PARTE III – DAS CONDIÇÕES DOS PROFISSIONAIS À AUTOPERCEPÇÃO DOS CUIDADOS À FAMÍLIA.....	73
4 – Resultados do Trabalho de Campo	74
4. 1 - <i>Condições Profissionais</i>	<i>74</i>
4.2 - <i>Autopercepção dos Cuidados à Família em Contexto Hospitalar</i>	<i>80</i>
5 – Dos Achados ao Conhecimento	106
CONCLUSÃO	113
REFERÊNCIAS E BIBLIOGRAFIA.....	117
ANEXOS	125
ANEXO I - Questionário	127
ANEXO II – Autorização para a colheita de dados.....	135

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA Nº 1 - Distribuição da amostra por sexo.....	69
TABELA Nº 2 - Distribuição da amostra de acordo com a idade.....	70
TABELA Nº 3 - Áreas funcionais onde os enfermeiros desempenham funções	74
TABELA Nº 4 - Distribuição da amostra por categoria profissional	75
TABELA Nº 5 - Distribuição da amostra por área de especialidade	75
TABELA Nº 6 - Tempo no exercício profissional	76
TABELA Nº 7 - Tempo no exercício profissional em contexto hospitalar	76
TABELA Nº 8- Distribuição da amostra por área.....	77
TABELA Nº 9 - Contexto da formação em família.....	77
TABELA Nº 10 – Frequência de ações de formação sobre família menor que 6 horas .	77
TABELA Nº 11- A formação académica obteve algum conteúdo nas várias disciplinas	78
TABELA Nº 12 - Frequência de ações de formação família.....	78
TABELA Nº 13 – Relação entre as áreas de prestação de serviço e a frequência de ações de formação em família.....	78
TABELA Nº 14 - Relação das áreas de especialidade e a frequência de ações de formação em família.....	79
TABELA Nº 15 - Relação do tempo no exercício profissional e a frequência de ações de formação	79
TABELA Nº 16 - Informar-me sobre os objetivos do cliente é uma função da minha tomada de decisão clínica	80
TABELA Nº 17- Incluo sempre a família como fonte de informação	80
TABELA Nº 18 - Avalio se os objetivos do doente e família são comuns para tomar decisões mais favoráveis no processo de cuidados.....	81

TABELA Nº 19 - A equipa multidisciplinar discute os problemas da família face ao seu familiar internado.	81
TABELA Nº 20 - Considero como um fator favorável à minha tomada de decisão clínica o consenso entre o cliente, família e equipe de saúde.....	81
TABELA Nº 21 - Quando os familiares são problemáticos eu desenvolvo intervenções específicas dirigidas à sua inclusão nos cuidados ao doente.....	82
TABELA Nº 22 - Os profissionais do meu serviço consideram que a família prejudica à família	82
TABELA Nº 23 - Peço aos meus colegas sugestões que possam melhorar a prestação dos cuidados à família.....	83
TABELA Nº 24 - O tempo que disponho para prestar cuidados condiciona a minha tomada de decisões.	83
TABELA Nº 25 - Os factores situacionais do doente no momento presente determinam a minha compreensão e tomada de decisão	83
TABELA Nº 26 - Considero os objectivos do doente nas minhas opções de cuidados...	84
TABELA Nº 27 - Sinto-me satisfeito com a minha profissão porque posso apoiar a família	84
TABELA Nº 28 - As opções que tomei com sucesso no passado determinam a minha intervenção em circunstâncias semelhantes	84
TABELA Nº 29 - Avalio as consequências do internamento do doente no funcionamento da sua família	85
TABELA Nº 30 - Incluo sempre a família nos cuidados.....	85
TABELA Nº 31 - Reconheço a necessidade da família participar no processo de tomada de decisão	85
TABELA Nº 32 - Analiso com a família a assistência no autocuidado para facilitar a tomada de decisão.....	86
TABELA Nº 33 - A família valoriza o meu trabalho.....	86
TABELA Nº 34 - Avalio as intervenções desenvolvidas na família.....	86
TABELA Nº 35 - Recrio os cuidados tendo em conta os desejos da família	87

TABELA Nº36 - Considero os desejos da família mantendo os níveis de segurança	87
TABELA Nº 37 - Peço aos meus colegas sugestões que possam melhorar a prestação dos cuidados ao cliente	87
TABELA Nº 38 - Considero o bem-estar da família, quando tomo uma decisão clínica	88
TABELA Nº 39 - Informar-me sobre os objetivos da família é uma função da minha tomada de decisão clínica	88
TABELA Nº 40 - Evito falar com a família porque a quero proteger do sofrimento	88
TABELA Nº 41 - Ajudo a família reconhecer recursos que respondam às suas necessidades.....	89
TABELA Nº 42 - Envolver sempre o meu cliente e família na minha tomada de decisão clínica, ouvindo-os sobre a situação.....	89
TABELA Nº 43 - Tenho em conta os conhecimentos da família para explicar as diferentes opções na gestão da doença	89
TABELA Nº 44 - Os valores culturais e crenças da família são secundários na implementação dos cuidados.....	90
TABELA Nº 45 - Exploro as preocupações da cliente sobre a doença.	90
TABELA Nº 46 - Explico as desvantagens de cada uma das opções de cuidados à família	90
TABELA Nº 47 - Sou reconhecido pelos meus pares pela atenção que dou à família ...	91
TABELA Nº 48 - Os espaços de assistência no serviço tem condições físicas, para incluir a família nos cuidados.	91
TABELA Nº 49 - As condições físicas do serviço garantem a intimidade entre o doente e família	91
TABELA Nº 50 - O serviço tem espaço próprio para atender a família	92
TABELA Nº 51 - Convido a família a manter os rituais que promovam a aproximação dos diferentes membros.	92
TABELA Nº 52 - Disponibilizo tempo para ouvir as preocupações da família.....	92
TABELA Nº 53 - Explico as vantagens de cada uma das opções de cuidados à família .	93

TABELA Nº 54 - Verifico se a família compreendeu a informação.....	93
TABELA Nº 55 - Os profissionais do meu serviço estão sensíveis à intervenção na família	93
TABELA Nº 56 - A equipa multidisciplinar discute as intervenções desenvolvidas à família	94
TABELA Nº 57 - Dou sempre oportunidade à família de me questionar sobre o processo de assistência	94
TABELA Nº 58 - No meu local de trabalho o gestor preocupa-se com a inclusão da família nos cuidados	94
TABELA Nº 59 - Discuto nas passagens de turno a inclusão da família nos cuidados....	95
TABELA Nº 60 - Recorro à pesquisa para sustentar a minha prática de cuidados à família	95
TABELA Nº 61 - Questiono como o doente vê o seu processo de doença nas implicações da vida familiar.....	95
TABELA Nº 62 - Exploro as expectativas da família sobre doença	96
TABELA Nº 63 - A compreensão da doença pela família ajuda-me na assistência ao doente.....	96
TABELA Nº 64 - Questiono como o doente e a família interagem antes da hospitalização	96
TABELA Nº 65 - Protejo-me do contato da família porque não sei como a abordar	97
TABELA Nº 66 - A família reconhece-me pela atenção que lhes dispenso	97
TABELA Nº 67 -A família valoriza o meu trabalho.....	97
TABELA Nº 68 - Informo a família sobre os recursos disponíveis para o seu apoio.....	98
TABELA Nº 69 - Encorajo a família a compreender as respostas emocionais à doença	98
TABELA Nº 70 - Informo a família dos recursos na comunidade	98

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO Nº 1: Descrição da variável sócio demográfica	62
QUADRO Nº 2: Descrição da variável sócio profissional	63
QUADRO Nº 3: Descrição da variável Formação.....	63
QUADRO Nº 4: Descrição da variável de autopercepção de cuidados à família	64
QUADRO Nº 5 : Descrição da variável de local de trabalho	67

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico Nº 1 – Representação da opinião dos enfermeiros face ao processo de decisão	99
Gráfico Nº 2 – Representação da opinião dos enfermeiros face à gestão e organização dos serviços	100
Gráfico Nº 3 – Representação da opinião dos enfermeiros face ao envolvimento da família	101
Gráfico Nº 4 – Representação da opinião dos enfermeiros face à prestação de cuidados à família	102
Gráfico Nº 5 – Representação da opinião dos enfermeiros face à satisfação com os cuidados à família	103
Gráfico Nº 6 – Representação da opinião dos enfermeiros face à auto percepção do suporte	104
Gráfico Nº 7 – Representação da opinião dos enfermeiros face à conceção de cuidados à família	105

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA Nº 1: Atividades dos enfermeiros gestores	25
FIGURA Nº 2: Planeamento da formação em serviço	42
FIGURA Nº 3: Fluxograma da Investigação	61

RESUMO

Cuidar do doente e sua família constitui uma atividade central dos cuidados de enfermagem. A importância da integração da família no cuidados de enfermagem é cada vez mais assumida, e de forma transversal em todos os contextos de cuidados. Importa no entanto, conhecer quais os conhecimentos que os enfermeiros detêm no que diz respeito à família e qual o investimento por parte do enfermeiro gestor para suprir essas necessidades. O enfermeiro gestor assume um papel primordial na garantia do funcionamento, na gestão dos recursos humanos, na logística, na gestão dos cuidados, na formação e nas condições ambientais. A formação dos enfermeiros, vai ganhando alguma consistência e importância tornando-se para além de uma das grandes áreas de responsabilidade do enfermeiro gestor, um dos principais meios de desenvolvimento das competências na procura da excelência na enfermagem. A formação específica sobre a família é fundamental para a aprendizagem e o desenvolvimento de competências na atuação do enfermeiros no âmbito da família.

Neste estudo partimos da seguinte questão de investigação: como delinear um programa específico para a formação em serviço, atendendo às especificidades da natureza dos cuidados de Enfermagem à família partindo da percepção dos enfermeiros e do seu percurso formativo? O estudo desenvolveu-se num Centro Hospitalar da zona do Ave e tem como finalidade contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem à família em ambiente hospitalar. A nossa opção metodológica foi por uma abordagem quantitativa, descritiva e exploratório. Fizerem parte da amostra 209 enfermeiros, representando 69,7% do universo dos enfermeiros do Centro Hospitalar, em serviços de internamento.

De acordo com os nossos resultados, podemos concluir que a autoperceção dos enfermeiros acerca dos cuidados à família em contexto hospitalar apresenta-se com maior representação no concordo nos domínios: a família e o processo de decisão, (70,8%) no “peço aos meus colegas sugestões que possam melhorar a prestação de cuidados ao cliente”; gestão e organização dos serviços, (62,2%) no “discuto nas passagens de turno a inclusão da família nos cuidados; envolvimento da família, (63,2%) no “avalio as consequências do internamento do doente no funcionamento da família”; prestação de cuidados à família, (73,7%) no “verifico se a família compreendeu a informação”; satisfação com os cuidados à família, (98,3%) no “a família reconhece-me pela atenção que lhe dispenso”; autoperceção de suporte, (73,7%) no “informo a família sobre os recursos disponíveis para o seu apoio”; concepção dos cuidados à família, (70,8%) no “exploro as preocupações do cliente sobre a doença.

Identificamos falta de formação específica sobre a família, e os temas da formação devem de ser em torno de: Avaliação da família, aproximação do doente aos diferentes membros da família, recriação dos cuidados de enfermagem centrados na família, e visibilidade dos cuidados de enfermagem na instituição e na sociedade.

Palavra Chaves: Família, Enfermeiros, enfermeiro gestor, integração de família

ABSTRAT

Titule: The Nurse Manager in Training Service - Family Hospital in Context

Taking care of a patient and its family is one of the central task of nursing care. The importance of family inclusion during nursing care is being recognized across all care contexts. However, it's important to know what knowledge the nurse has relatively to the family and what investments are being made by the managing nurse to supress those needs. The managing Nurse assumes the main role in the work performance assurance, human resources management, logistics, care management, training and environmental conditions.

Nurse training is steadily gaining consistency and importance, beside becoming one of the main areas under the managing nurse supervision, is also becoming one of the main driving factors when searching for nursing care excellency.

Specific training about the family is crucial to learn and develop competencies to act correctly in the family environment.

In this study we start from the following investigation question: How to create a specific program for in service training, accounting for the particularities of nursing care with the family starting from the nurse perspective and its training?

This study was developed in a Hospital centre located in the Ave region and has the objective to contribute to improve the family nursing care in the hospital environment.

We opted by a quantitative, descriptive and exploratory approach. Our sample was composed by 209 nurses, representing 69.7% of the Hospital Centre inpatient service universe. According to our findings, we can conclude that the nurses self perception to the family care in the hospital setting presents with greater representation in the areas agree: the family and the process of decision (70.8%) in the "ask suggestions to my colleagues that can improve the delivery of care to the client "; management and organization of services (62.2%) in "discuss in turn passes the inclusion of the family in care; family involvement (63.2%) in "evaluate the consequences of the patient's functioning in the family"; care of the family (73.7%) in the "check if the family understood the information"; satisfaction with family care (98.3%) in the "family recognizes me for the attention that you dispense"; perception of support (73.7%) in the "inform the family about the resources available for your assistance"; conception of family care (70.8%) in the "explore client concerns about the disease.

We identified lack of specific training about the family, patient approximation to the different family members, re-establish nursing care around the family and nursing care visibility in the institution and society.

Keywords: Family, Nurses, Nurse Manager, Family Integration

INTRODUÇÃO

A prática dos cuidados tem vindo a demonstrar que há uma relação íntima entre o trabalho dos enfermeiros e a família. Cuidar do doente e sua família constitui uma atividade central dos cuidados de enfermagem, uma vez que, um dos propósitos da família é satisfazer as necessidades dos seus membros e o trabalho dos enfermeiros tem também este objetivo.

A família condiciona as atitudes e comportamentos das pessoas face aos comportamentos de saúde. Poderemos dizer, que os comportamentos de promoção da saúde desenvolvem-se primariamente no meio familiar, que é na família que aprendemos como nos higienizar, alimentar, fazer face ao meio envolvente, e relacionarmo-nos com os outros. A situação de doença de um membro da família, leva a mudanças do funcionamento da mesma, e com o internamento de um dos seus membros, a família faz face a um conjunto novo de necessidades, que até então não tinha vivenciado, pelo que cada vez mais sentimos ser necessário investir na prática de cuidados de forma a responder a estas realidades.

A Enfermagem de família, enquanto conhecimento específico para intervir nos problemas de âmbito familiar, é uma área em desenvolvimento e continuará a ser, especialmente devido à atual orientação dos cuidados de saúde, bem como às mudanças sociais que sistematicamente se têm vindo a operar. Wright e Leahey (2009) defendem que os cuidados de enfermagem à família são um desenvolvimento lógico de uma abordagem holística dos cuidados aos doentes e um compromisso na promoção da saúde. A importância reconhecida da integração da família no cuidar, é cada vez mais assumida de forma transversal em todos os contextos de cuidados, até porque umas vezes os enfermeiros assumem fazer cuidados que basicamente são desenvolvidos pela família e outras vezes fazem o movimento inverso, transferindo cuidados específicos para as famílias. Face a esta realidade iniciamos por nos questionar se a formação em serviço poderia colmatar as necessidades dos enfermeiros nesta área e assim, delimitamos o nosso problema à seguinte questão de partida: como delinear um programa específico para a formação em serviço, atendendo às especificidades da natureza dos cuidados de Enfermagem à família partindo da percepção dos enfermeiros e ao seu percurso formativo?

O problema em estudo traz para a discussão duas realidades distintas por um lado a resposta dos enfermeiros sobre os cuidados à família, por outro, a problemática da formação em serviços, ou seja vamos explorar as necessidades de formação em serviço como responsabilidade do enfermeiro gestor numa área específica da prática de cuidados.

Apercebemo-nos que as instituições de saúde, nomeadamente os hospitais estão em constante mudança, exigindo dos profissionais que nelas trabalham um esforço constante para se atualizarem no conhecimento e se adaptarem a novas exigências particularmente relacionadas com a qualidade e com a economia. Urge a necessidade de investir de forma planeada, na competências individuais dos profissionais de forma a que esta seja refletida na performance global dos serviços.

No que diz respeito à inclusão da família em contexto hospitalar, importa conhecer quais os conhecimentos que os enfermeiros detêm no que diz respeito à família e qual o investimento por parte do enfermeiro gestor para suprir essas necessidades. É assumido entre os enfermeiros, que o desenvolvimento pessoal e profissional, é a chave das organizações de sucesso, ajudando-as a adaptarem-se às mudanças e evoluções que surgem permanentemente, tendo em vista a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados. Sabemos que um dos caminhos fundamentais para que a melhoria da qualidade dos serviços seja atingida é o apropriado e atualizado grau de formação dos profissionais para o desempenho das suas funções (Sousa, 2003). Para além disso, e concordando com Nóvoa (1991) a formação não se conquista por acumulação de cursos e diplomas, mas vai emergindo, da relação entre os saberes e a reflexão diária sobre a prática.

A responsabilidade dos serviços de saúde e o conceito subjacente de prestação de cuidados estão na linha da frente da maior parte das discussões políticas nacionais e internacionais, sendo encarada como uma área prioritária, atendendo a que uma parte significativa dos orçamentos dos serviços têm a ver com os recursos humanos que aí trabalham, e nós sabemos que na realidade portuguesa, estes recursos são basicamente e na sua maioria, médicos, enfermeiros e assistentes operacionais pelo que há que conciliar entre o gasto e o investimento a ter nesta área de gestão, pelo que podemos afirmar que gerir pessoas, em serviços de saúde é atualmente um papel de grande responsabilidade e complexidade.

A discussão da gestão dos recursos humanos em saúde tem que incluir o debate sobre a natureza da profissão de enfermagem, considerando que sendo desgastante, cansativa, exigente na continuidade de assistência diária, os cuidados de enfermagem são ao *“longo de todo o ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades da vida, procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos factores – frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente”* (OE,2001, p.11). Associado ainda á importância que os enfermeiros como profissionais têm que estar satisfeitos com o ambiente onde desenvolvem o seu trabalho para produzir os cuidados de qualidade que garantam as respostas adequadas ao rendimento dos serviços.

Estamos perante uma gestão de grande complexidade, e exige capacidades no enfermeiro gestor, para conciliar a responsabilidade de gerir as exigências dos serviços, da profissão e particularmente dos clientes, logo exige domínio de ferramentas específicas para contribuir para governação clínica do serviço, onde tomam particular ênfase a liderança das equipas, a articulação entre os vários grupos profissionais, a segurança do doente e a garantia da assistência com qualidade.

A melhoria continua da qualidade da assistência, de forma a atingir a excelência, é um processo dinâmico e profundo de identificação permanente dos factores intervenientes no processo de trabalho da equipe de enfermagem e exige do enfermeiro a implementação de ações e a elaboração de instrumentos que possibilitem avaliar de maneira sistemática os níveis de qualidade dos cuidados prestados (Mota, Melleiro & Tronchin, 2007, p. 9), sendo por isso necessário a criação de instrumentos capazes de avaliar quais as necessidades dos enfermeiros, e em especial quais as necessidades de formação para intervir de forma a atingir a excelência do exercício profissional.

É neste panorama que sentimos a necessidade de investigar sobre ***“O Enfermeiro Gestor na formação em serviço: A família em contexto Hospitalar”***, esta investigação resultou de um projeto da ESEP ***“Enfermagem e famílias, práticas dos enfermeiros em unidades de internamento”***.

A finalidade do estudo é contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem à família em ambiente hospitalar e a nossa opção metodológica foi por um estudo de abordagem quantitativa, descritiva e exploratório considerando que vamos ter assim dados para dar resposta às exigências do Mestrado de Direção e Chefia dos Serviços de Enfermagem mas também para a instituição onde realizamos o estudo. A população em estudo são os enfermeiros da prestação de cuidados de um centro Hospitalar da zona do ave, EPE.

Este relatório de investigação tem por objetivo demonstrar o percurso de aprendizagem realizado sobre o processo de investigação, bem como apresentar uma síntese do suporte teórico em que nos sustentamos para a realização do estudo, o processo de organização dos trabalhos de campo e os principais resultados, pelo que o organizamos em três partes: a primeira parte, onde apresentamos o enquadramento teórico, abordando a gestão de recursos humanos e a formação em serviço, a família como cliente em meio hospitalar, com referência à sustentabilidade teórica do atendimento à família. Na segunda parte, contextualizamos a investigação, as nossas opções metodológicas, a definição de variáveis, o instrumento de colheita de dados, o universo e amostra. Na terceira parte, apresentamos os resultados do trabalho de campo, nomeadamente as condições profissionais e de formação à autopercepção dos cuidados à família em contexto hospitalar. Finalizamos com as principais conclusões do estudo, e uma breve reflexão do percurso formativo e propostas para o futuro.

Ficam registados neste relatório o resultado de algumas decisões difíceis que tivemos que tomar, acreditando que este é apenas um dos caminhos para produzir conhecimento, mas convictos que poderão existir outros, que poderíamos ter percorrido, contudo neste momento o importante é que o leitor compreenda a minha aprendizagem e o processo metodológico que desenvolvi para compreender como se situam os enfermeiros mediante a família em meio hospitalar para contribuir para o diagnóstico de necessidades de formação nesta área.

PARTE I – A GESTÃO DA FORMAÇÃO E A FAMÍLIA EM MEIO HOSPITALAR

Como resultado da revisão bibliográfica e da reflexão pessoal, este capítulo faz referência à gestão em enfermagem como uma das áreas de intervenção com elevada importância para a qualidade dos cuidados prestados em qualquer instituição de saúde, seja qual for o seu âmbito de ação.

As instituições de saúde ao longos das últimas décadas, transformaram-se em organizações complexas e com desafios demasiado sérios para serem resolvidos com práticas de gestão modernas, atuais e sobretudo centradas no seu maior bem, as pessoas.

Os desafios cada vez mais exigentes das organizações, obrigou os enfermeiros gestores a habilitarem-se quer a nível técnico quer a nível científico, de competências para responderem com rigor, eficiência e eficácia aos desafios das organizações e das pessoas na garantia da qualidade dos cuidados prestados, aos vários níveis de atuação: prevenção, promoção e reabilitação.

A grande missão do gestor em enfermagem é garantir a segurança do cidadão, família e comunidade, usando para tal quatro grandes áreas de atuação: a garantia da gestão dos cuidados de saúde e serviços, o assegurar da prática profissional numa base ética e legal, o participar na definição e implementação de políticas bem como no planeamento estratégico e finalmente o desenvolvimento profissional pela via da promoção da enfermagem baseada na evidência e a promoção da formação e o desenvolvimento da prática da enfermagem.

Assim, este capítulo irá focar-se principalmente na importância do papel do enfermeiro gestor na gestão dos recursos humanos e no desenvolvimento profissional dos enfermeiros pela via da formação em serviço. Acreditamos que a formação profissional é a aposta no desenvolvimento das capacidades e competências dos enfermeiros, o aperfeiçoamento do seu desempenho, de forma a garantir a qualidade de cuidados de enfermagem, e o que o enfermeiro gestor tem um papel fundamental na dinamização quer do desenvolvimento de cada enfermeiro quer no desenvolvimento do coletivo, garantindo assim, a máxima performance do serviço.

1 - Gestão e Formação em Serviço

Os enfermeiros gestores assumem um papel primordial na garantia do funcionamento, na gestão dos recursos humanos, na logística, na gestão dos cuidados, na formação e nas condições ambientais, quaisquer que sejam os contextos de cuidados de saúde. No seu exercício profissional, abrangem várias áreas de intervenção, na prevenção, tratamento e reabilitação da pessoa doente, através da gestão dos cuidados de enfermagem, da gestão dos serviços, da gestão de competências dos recursos disponíveis e da gestão de dinâmicas ao nível do sistema de saúde. O enfermeiro gestor terá por isso, que compreender profundamente e de forma transversal as reformas da saúde e tomar uma atitude proactiva configurando estrategicamente todas as solicitações de um mundo em mudança, e simultaneamente promover um ambiente de trabalho em equipa, eficaz e que acrescente valor aos cuidados de enfermagem, assumindo por isso, um conjunto de responsabilidades fundamentais para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Conforme refere o artigo 9º da Regulamento do Exercício da Profissão de Enfermagem (REPE), a profissão de Enfermagem assenta em vários eixos básicos em estreita ligação, desenvolvidos na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos da investigação em enfermagem. De igual forma, os Padrões de qualidade dos Cuidados de enfermagem referem que “na procura permanente pela excelência do exercício profissional, o enfermeiro, contribui para a máxima eficácia da organização dos cuidados de Enfermagem”. O código deontológico da profissão de enfermagem refere na alínea d) do artigo 88º que os enfermeiros devem “assegurar por todos os meios ao seu alcance, as condições de trabalho que permitam exercer a profissão com dignidade e autonomia, comunicando, através das vias competentes, as deficiências que prejudiquem a qualidade dos cuidados”, sendo por isso o enfermeiro da área da gestão um elemento de gestão essencial para a garantia da qualidade e segurança dos cuidados de saúde.

A formação dos enfermeiros vai ganhando alguma consistência e importância tornando-se para além de uma das grandes áreas de responsabilidade do enfermeiro gestor, um dos principais meios de desenvolvimento das competências na procura da excelência na enfermagem e no reajuste do projeto individual do enfermeiro ao seu local de trabalho. Inerente a este processo de formação está a gestão dos recursos humanos, daí que, sentimos ser importante desenvolver neste capítulo as áreas de atuação do enfermeiro gestor, a gestão dos recursos humanos e a gestão da formação em serviço.

Com a ajuda de vários autores vamos procurar compreender alguns contributos para demonstrar a importância do nosso estudo para melhorar as práticas de gestão, considerando

que uma das competências do enfermeiro gestor se fazem em vários domínios como seja a prática profissional ética e legal, gestão de cuidados e serviços, Intervenção política e assessoria, desenvolvimento Profissional (APEGEL, 2012).

1.1- A Gestão de Recursos Humanos Versus o Gestor

A gestão de recursos humanos é uma complexa e grandiosa tarefa para qualquer gestor, agarrando particularidades quando nos enquadrarmos na saúde, na administração pública e na enfermagem, o que dita um percurso em torno de modelos que têm mudado ao longo dos tempos mas também do peso que é no global do estado, uma exigência de reflexão e de novos conhecimentos que imperiosamente deve sustentar mudanças fundamentadas e seguras.

O sector da saúde assimila cerca de 6% das pessoas com emprego em Portugal, e a despesa contraída absorve aproximadamente 9% da riqueza gerada, sendo que a despesa com o capital humano tem uma expressão significativa, 70% dos custos de uma instituição de saúde são em recursos humanos(Monteiro, 2011).

É universalmente assumido que, o sucesso das organizações em geral e dos serviços de saúde em particular, depende, sem qualquer margem de dúvida, das pessoas que nela trabalham, dos gestores que as lideram e dos planos estratégicos utilizados. A eficiência do sistema de saúde depende criticamente do interface primária que são os profissionais de saúde e respetiva performance, corporalizada na qualidade das decisões, intervenções e círculo de confiança construído em torno do centro do nosso interesse, o doente (Monteiro, 2011). Assim, percebemos que estamos perante uma área que absorve muitos recursos humanos, onde está subjacente o conhecimento intensivo, dinâmico e muito, muito exigente.

A construção de um ambiente organizacional adequado, passa por abraçar a ideia que o custo com o capital humano traduz-se em retorno, pelo que é importante situarmo-nos no paradigma de como investir mais e melhor nas pessoas para obtermos mais e melhor rendimentos e abandonar o paradigma de como reduzir custos em pessoal para obter menos despesas (Monteiro, 2011). Assim, quanto mais eficazmente uma organização gere os seus recursos humanos, maior a probabilidade de se tornar bem sucedida, atendendo a que, são as pessoas que contribuem para o cumprimento das metas e da missão da instituição. Este ganho, passa não só pelo desenvolvimento das condições de trabalho que se oferecem às

peessoas, como também pela oportunidade de progresso através da formação formal e informal, e na criação de um ambiente propício à criatividade.

Repensar a gestão de recursos humanos passa por refletir nos modelos desde o modelo clássico ao modelo gestor. O modelo clássico da função pública, independentemente da sua matriz ser europeia ou americana, caracteriza-se por assumir uma dicotomia entre a política e a administração. Os funcionários apresentam competências bem definidas na divisão do trabalho e responsabilidade perante o seu superior hierárquico. O emprego constitui uma possibilidade de progressão regular na carreira, existindo um sistema de promoções com base na antiguidade ou desempenho ou nos dois. Organiza-se em tempo integral. O trabalho baseia-se em regras imparciais, sem arbitrariedades de favorecimento e cada decisão tomada deve constar em despacho ou ata escrita. Os funcionários são recrutados de acordo com o seu mérito e treinados para as suas funções.(Rocha, 2010) Estes aspectos considerados rígidos, descritos anteriormente, fazem das organizações públicas máquinas e dos seus funcionários os seus apêndices, podendo torna-las em organizações disfuncionais. Conforme refere Merton (1940) citado por Rocha (2010), as regras podem afastar as pessoas do seu objetivo, dando origem a rigidez de comportamentos. Por outro lado, assistimos nas organizações públicas, a uma supervisão apertada, correndo o risco, de conforme refere Goulter (1954) citado por Rocha (2010) provocar tensões que a impersonalidade das mesmas regras visava afastar. Estudos mais recentes como o de Crozier (1964) confirmam a ideia que a rigidez no cumprimento das regras e da lei sufoca as organizações, diminuindo a sua eficiência. A minha experiência de mais de 20 anos de exercício profissional numa instituição pública, leva-me a considerar que os profissionais sentem necessidade regras claramente definidas, e no que diz respeito aos enfermeiros sentem necessidade de normas e procedimentos bem definidos, no entanto a imposição rígida do cumprimento das mesmas, pode levar a rigidez do comportamento e à incapacidade de adaptação a novas situações.

A história da gestão de recursos humanos na administração pública tem mostrado particularidades , evoluindo ao longo dos tempos. Portugal tem uma história particular atendendo a que a construção do Estado foi obra do rei e da administração central. Neste sistema político, a administração integrava sempre o centro do poder político e os empregados eram funcionários do rei, não existindo divisão do poder jurídico e administrativo, nem especialização funcional, ou seja os mesmos funcionários tinham competências políticas, judiciais, administrativas e fiscais. Para além disso, existiam os tradicionais privilégios da aristocracia e do clero, assim como não havia qualquer relação entre as qualificações, o emprego e a remuneração. Com a revolução Liberal (década de 1820), estabelece-se o

princípio da neutralidade da Administração Pública possibilitando o acesso a cargos públicos a todos os portugueses. A primeira reforma da função pública remonta a 1935, decorrente do Decreto nº 26 115, de 23 de novembro de 1935, que diminuiu o número de funcionários e reordenou-os segundo critérios uniformes, nomeadamente no que diz respeito à diversidade de vencimentos criando um número certo e restrito de categorias. Criou os quadros especiais, como os magistrados, os professores, os médicos, recorrendo a critérios de valor económico e social. Trinta e quatro anos mais tarde, em 1969, no Decreto-Lei nº 49 410 de 24 de novembro, é efetuada uma revisão do sistema implementado, que sublinha a necessidade de aumentar a tecnicidade da administração pública em prejuízo do modelo burocrático. De uma forma geral as medidas vieram aumentar os vencimentos mediante a absorção de subsídios complementares, reclassificaram algumas das categorias e novamente uniformizaram a retribuição correspondente e criaram o grupo e pessoal técnico cuja valorização salarial se superioriza à do grupo administrativo. O 25 de abril de 1974, foi repleto de fortes reivindicações no seio da função pública, todavia a resposta não foi imediata. Apenas mais tarde, em 1979 é constituído o “pacote legislativo” composto por seis diplomas que define a aposentação e as pensões de sobrevivência, reestrutura as carreiras e o estatuto disciplinar, efetua a revisão de vencimentos e do regime do pessoal dirigente. Em 1982 é publicado novo conjunto de diplomas, conhecido pelo “pacote” de 10 de maio composto por sete diplomas, que em geral veio regulamentar medidas já adoptadas em 1979. O período de 1982 a 1995 foi parco em produção de legislação, no entanto foram criados diplomas fundamentais que ainda hoje informam todo o sistema de recursos humanos. As principais inovações, decorrentes do Decreto Lei nº 184/89 de 2 de junho e legislação complementar, referem-se à definição de grelhas salariais através de uma escala de índices, o que alargou o leque salarial, é reconhecida a existência de realidades funcionais específicas (corpos especiais) em determinados sectores que prestam determinados serviços (Educação , saúde e investigação) e é modificada a estrutura de evolução de carreiras comportando duas componentes: a valorização associada a uma simples progressão salarial (por tempo de serviço ou mérito profissional) e a promoção associada à valorização salarial e aumento de responsabilidade. O novo sistema revelou um avanço comparativamente com o modelo anterior e foi uma oportunidade de estruturar o sistema de carreiras, características da Administração Pública, sendo este praticamente “o único instrumento de gestão de pessoal” (Rocha, 2010, p.42). O período de 1996 a 2001 é caracterizado por uma atenção especial dada à gestão dos recursos humanos, que de uma forma geral veio traduzir juridicamente muitas das práticas institucionalizadas pelo processo de reforma administrativo e introduziu alterações em diplomas de recrutamento e seleção de

peçoal , férias, faltas e licenças, horário de trabalho, higiene e segurança do trabalho e o estatuto do peçoal dirigente e recrutamento dos dirigentes intermediários. Em 2008 o Ministro das finanças, assegura que a reforma da administração pública estava praticamente concluída no papel, no entanto deveria começar a sua implementação. A reforma apresentou como princípios orientadores a *“racionalização de custos, a procura de ganhos de eficiência e a aproximação das regras e métodos de funcionamento do sector público aos do sector privado”*(Rocha, 2010, p. 46). A avaliação de desempenho foi um dos pontos mais marcantes na mudança introduzida. Atualmente, 98% dos serviços da Administração pública tem os seus objetivos claramente definidos e publicados, á exceção dos corpos especiais (médicos, professores, enfermeiros) cujo governo tem sentido alguma dificuldade na sua aplicação (Rocha, 2010).

Quaisquer que sejam os contextos de trabalho, seja público ou seja privado, a gestão de recursos humanos estuda o que pode e deve ser feito, para tornar o trabalhador mais produtivo e mais satisfeito. Atualmente é unanimemente aceite que, quanto mais eficazmente uma organização gere os seus recursos humanos, maior a probabilidade de sucesso, e este resultado passa não só pela criação de condições de trabalho de qualidade, como também pela criação de um ambiente propício à criatividade. Quando nos confrontamos em encontrar a melhor forma de gerir procuramos compreender este processo pelo que é importante recordar que a *“boa gestão consiste em demonstrar às pessoas comuns como é que elas devem fazer trabalho de pessoas excecionais”*(Gomes, 2008, p. 54)

É nas organizações que as pessoas nascem, crescem, são educadas, trabalham, se divertem e morrem o que nos pode levar a compreender a diversidade de objetivos a ter com os recursos humanos. Independentemente dos objetivos das organizações, sejam eles lucrativos, educacionais, religiosos, políticos, sociais ou económicos, as pessoas são envolvidas e tornam-se dependentes da atividade organizacional. Assim, à medida que as organizações crescem, os recursos necessários á sua manutenção e desenvolvimento tornam-se mais complexos e exigentes (Chiavenato, 2004).

Gerir recursos humanos, acima de tudo é um desafio, é a componente mais complexa da organização e os demais recursos são dependentes deles, para que possam ser utilizados, e é por isso que atualmente, passou a ser entendido como uma componente importante das organizações de sucesso, como um recurso que constitui um fator de competitividade, da mesma forma que o mercado e tecnologia.

Na gestão de pessoas está implícita as políticas, práticas e sistemas que de alguma forma influenciam o comportamento, as atitudes e o desempenho dos elementos da

organização, no sentido de melhorar a competitividade e a capacidade de aprendizagem da organização. Estes processos incluem a definição das necessidades de recursos humanos, a seleção e recrutamento, a formação e desenvolvimento, a avaliação de desempenho, a retribuição e motivação e a criação de um ambiente de trabalho positivo.

Na gestão de recursos humanos importa salientar três aspectos fundamentais, centrados na pessoa: como seres humanos; não como meros recursos da organização e como parceiros da organização.

As pessoas são muito diferentes entre si, são providas de uma história única e pessoal, de uma personalidade própria, detentoras de conhecimentos e habilidades o que as torna únicas, e portanto necessárias para a contextualização na organização, logo a diferenciação entre as pessoas deve ser vista como uma potencialidade e com respeito pela diferença.

As pessoas não como mero recurso da organização, porque são potenciais agentes ativos e proativos, sobretudo dotados de inteligência, de talento e capacidade de aprendizagem e desenvolvimento, transferindo essas capacidades, para a organização no seu todo, pelo que deveremos de conciliar os interesses e características individuais para o todo da organização.

As pessoas como parceiros na organização, capazes de com esforço, dedicação e responsabilidade conduzirem a organização para níveis de sucesso e excelência pelo que deveremos ouvir e ter em conta os contributos para o todo e sermos capazes de negociar as diferentes visões sobre a organização.

É de salientar que o relacionamento entre a organização e os seus recursos humanos nem sempre é cooperativo e satisfatório. Muitas vezes o alcance dos objectivos de um colidem com o alcance dos objetivos do outro: a redução dos custos colide com a expectativa do melhores salários, a expectativa do aumento dos lucros esbarra com maiores benefícios sociais, o aumento da produtividade obriga a um maior esforço, a ordem não funciona com a liberdade, a coordenação não se coaduna com a autonomia, e o que é bom para uma parte nem sempre é bom para a outra. E assim se instala um conflito de interesses que acarreta dificuldades para o gestor. É ao gestor que cabe estabelecer os meios, políticas de forma a integrar os objectivos individuais com os objetivos da organização.

A organização depende das pessoas, são um recurso indispensável e inestimável, e a correlação de necessidades da organização e do individuo é imensa, e estão inseparavelmente ligados e entrelaçados. Por um lado, os recursos humanos transportam para a organização as suas habilidades, conhecimentos, capacidades e destrezas juntamente com a sua vontade de aprender, e por outro lado a organização deve impor responsabilidade aos seus recursos

humanos abraçada ao desafio de fazer mais e melhor. A interação entre a organização e os recursos humanos pode ser aclarada pela troca de incentivos e contribuições, sendo a primeira a participação da organização para com o individuo (salários prémios, benefícios sociais, oportunidade de crescimento, etc) e a segunda o contributo que o individuo pode dar à organização. Quer o incentivo quer a contribuição tem um valor atribuído, que depende de cada indivíduo e da organização e tem que ser contextualizado. O equilíbrio conseguido entre os incentivos e contribuições é o sucesso das organizações (Chiavenato, 2004).

Na maioria das instituições de saúde, a equipa de enfermagem representa a maior percentagem dos recursos humanos, assim sendo, a gestão dos enfermeiros reveste-se de extrema importância.

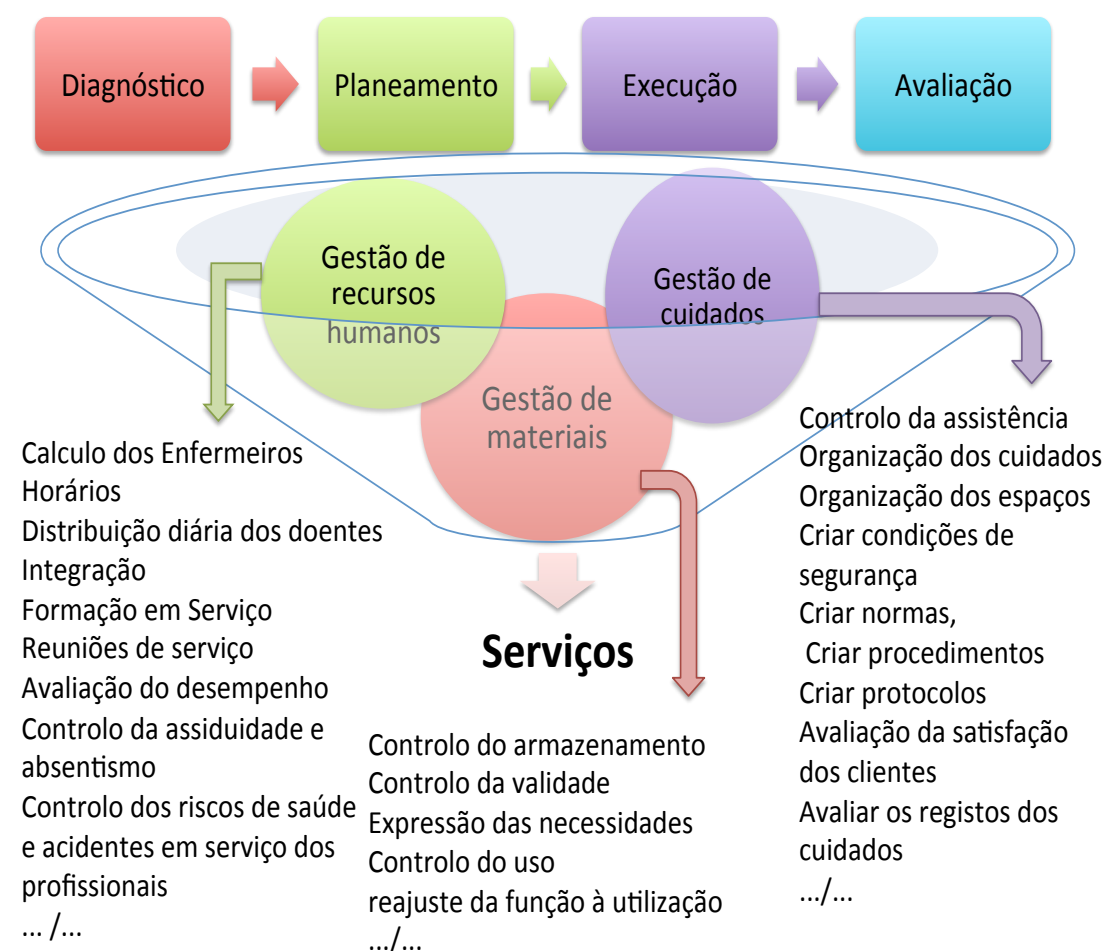
Face à complexidade da gestão de recursos humanos e considerando que o enfermeiro gestor têm a seu cargo gerir grupos de enfermeiros e outros profissionais, este deverá concentrar a sua intervenção em estratégias de liderança que ajudem os profissionais a desenvolver a sua capacidade técnica e relacional, como também na criação de ambientes de trabalho seguros e promotores de boas práticas.

A satisfação profissional é um foco para intervir na produtividade. O enfermeiro, precisa de sentir que o trabalho é adequado às suas habilidades e é tratado de forma justa. Apesar de, não podermos garantir que a satisfação profissional está diretamente relacionada com a produtividade, estudos orientam, para que trabalhadores insatisfeitos tenham tendência a maior absentismo e a produzir trabalho de menor qualidade (Ivancevich, 2008, p.12).

A satisfação com o trabalho é um conjunto de sentimentos favoráveis que os trabalhadores alegam em relação ao mesmo, e quanto maiores forem os fatores de satisfação, maior poderá ser o empenho do profissional em prestar uma assistência qualificada, refletindo por isso um serviço de melhor qualidade. Assim, há pontos importantes a serem considerados como a remuneração adequada às exigências do trabalho, a autonomia para tomar decisões, a possibilidade de crescimento e reconhecimento profissional e o próprio sentimento de pertença em relação à instituição (Nunes, 2006).

Os enfermeiros gestores têm que compreender de forma clara o mundo complexo e incerto, do planeamento da força de trabalho de enfermagem, de forma a tomar as melhores decisões relativamente a quantidades e combinações de enfermeiros na equipa de saúde, pelo que basicamente, embora se possa dizer que o gestor em enfermagem desenvolve a gestão de cuidados, de recursos humanos e de recursos materiais, há implicações entre estas três áreas, e um domínio interativo particular entre a gestão de recursos humanos e as restantes áreas.

Acresce ainda que há varias técnicas e estratégias que usam diariamente para atingir os objetivos das suas unidades e que têm resultados para os três domínios, como seja o diagnóstico, o planeamento, a execução a avaliação considerando a missão e valores da organização.



F

IGURA Nº 1 – Atividades dos enfermeiros gestores

Explorando as técnicas de recursos humanos desenvolvidas pelos enfermeiros gestores poderemos considerar: o calculo dos enfermeiros, a distribuição diária do trabalho, a integração no posto de trabalho, avaliação do desempenho, controlo da assiduidade e absentismo, entre outras conciliadas pela capacidades dos gestor no que diz respeito à comunicação e liderança.

O planeamento de recursos humanos é o processo de decisão a respeito de recursos humanos necessários para atingir o objetivo da organização, num determinado período, tratando-se por isso, de antecipar qual a força de trabalho e os talentos humanos necessários para a realização da ação da organização, sendo necessário utilizar estratégias metodológicas de calculo de enfermeiros para assegurar que a força de trabalho é ajustada às exigências dos clientes e da organização.

A primeira metodologia de planeamento de recursos em enfermagem surgiu com Florence Nightingale, pioneira na administração hospitalar, denominado intuitivo, baseava-se na subjetividade e na relação proporcional entre os trabalhadores e tarefas, tendo em consideração a gravidade dos utentes. O mundo do trabalho foi evoluindo, foram sendo desenvolvidos métodos pelos quais o enfermeiro gestor se pode basear para efetuar o planeamento da força de trabalho: a abordagem do juízo profissional, o método do número de enfermeiros por cama ocupada, o método da qualidade-acuidade, abordagens de tarefas/atividades cronometradas e o método baseado na regressão. Estes métodos, que se apresentam do mais simples ao mais complexo, mostram diferentes formas de estimar ou avaliar a dimensão e combinação das suas equipas de enfermagem (Ordem, 2006).

Método do juízo profissional, permite calcular o número de horas necessárias em cuidados de enfermagem, incluindo o tempo de transição entre passagens de turno, sendo a formula baseada no número de horas do turno, mais o tempo da passagem de turno a multiplicar pela quantidade de enfermeiros por turno e pelos dias que se pretende efetuar o calculo (Ordem, 2006).

O Método do número médio de enfermeiros por cama ocupada: (EPCO; no original: Nurses per OccupiedBed, NPOB), é outra forma simples para determinar ou avaliar a quantidade e combinação de pessoal de um serviço de internamento. É um método útil, sobretudo quando o seu complemento de camas no internamento se altera e há necessidade de modificar a distribuição dos enfermeiros, facilita a determinação das distribuições e a geração do grau de combinação, dado que as fórmulas são separadas por grau de qualificação dos enfermeiros. Como pontos fracos, além de partir do princípio que as dotações de base foram determinadas de forma racional, não garante sensibilidade ao grau de dependência doente nem que as médias obtidas provenham de um padrão de cuidados aceitável. É insensível à consideração das contribuições dos enfermeiros em formação ou, em alternativa, naquilo que exigem do tempo do pessoal qualificado (Ordem, 2006).

O método da qualidade-acuidade: é um método que permite estimar ou avaliar a dimensão ou combinação de equipas de enfermagem nos serviços de internamento e dado as suas características ultrapassa muitos dos pontos fracos destacados para os métodos do juízo profissional e de EPCO, sendo por isso útil para locais onde a quantidade e combinação de doentes varia, dado que as fórmulas, para além de serem sensíveis à quantidade e à combinação de doentes internados, apresentam também um patamar abaixo do qual os padrões de cuidados de enfermagem não deverão descer (Ordem, 2006).

O método das tarefas/atividades cronometradas é um método de estimativa ou avaliação da dimensão e combinação das equipas de enfermagem partindo da crença que os métodos de acuidade-qualidade para as dotações eram inferiores aos previsões de dotações,

considerando que o tipo e frequência das intervenções de enfermagem requeridas pelos doentes constituem um melhor indicador do que o seu grau de dependência. Poderá ser utilizado em internamentos onde sistematicamente sejam elaborados planos de cuidados, bem como em locais onde seja possível prever com confiança as necessidades de enfermagem dos doentes, nomeadamente onde sejam admitidos doentes a partir de listas de espera. Requer apenas que sejam adicionados minutos para cada intervenção ao plano de cuidados, dando assim origem ao número de horas de enfermagem necessárias, resultando por isso na prática, as necessidades diárias de cuidados diretos de enfermagem de cada doente numa lista de verificação desenvolvida localmente para as intervenções de enfermagem, cujo número que varia conforme o local, sendo considerada a quantidade de tempo necessária para prestar esse cuidado a um doente ao longo de um período de 24 horas (Ordem, 2006).

Método da análise de regressão, este método prevê o número necessário de enfermeiros para um dado nível de atividade, baseado num previsor cuja variável independente e o resultado ou nível de pessoal é conhecido como a variável dependente. Ainda que a análise estatística constitua um desafio, uma vez completada, só é necessário conhecer o valor da variável independente para poder prever a quantidade de pessoal (variável dependente). Este método da análise de regressão apresenta como característica, o facto de ser útil em situações nas quais sejam possíveis previsões, tal como no número de admissões planeadas e ajuda os gestores a prever e preparar exigências adicionais. Tendencialmente é o método menos dispendioso, porque os dados são mais fáceis de recolher e podem ser agregados a partir de internamento semelhantes, sendo por isso particularmente útil aos gestores com recursos limitados, e que não têm meios para efetuar estudos completos de dependência-atividade-qualidade ou de tarefas/atividades cronometradas. (Ordem, 2006).

O papel do enfermeiro gestor é também relevante, no que diz respeito à opção pelo método de trabalho utilizado pelo enfermeiros na prestação de cuidados, atendendo a que tem responsabilidade pela supervisão e avaliação dos cuidados de enfermagem.

O mais comum e mais utilizado é o método trabalho individual. Este método baseia-se no conceito de cuidado global e implica afectação de um enfermeiro a um ou mais doentes. Os cuidados são prestados de forma global e individualizada. A responsabilidade de todos os cuidados é de um enfermeiro em particular, que avalia e coordena os cuidados, durante o seu turno (Costa, 1999; Mendes, 2012).

Quando se fala na área pediátrica, pensa-se no imediato no método de trabalho de enfermeiro por referência, por apresentar uma forma mais humanizada de cuidar ("Primary Nursing"). Cada criança/família está associado com um enfermeiro primário que possui responsabilidade e é responsável pelos cuidados totais, 24 h por dia durante todo o

internamento. Por exemplo, no caso pediátrico a criança/família fica a cargo de um único enfermeiro qualificado e sob a responsabilidade permanente, idealmente desde admissão até a alta, 24 h por dia 7 dias por semana. Este enfermeiro, designado como “Enfermeiro de referência”, trabalha em associação com outros que o substituem nas suas ausências, “os Enfermeiros Associados”. (Pearson, 1988)

O método de trabalho de enfermeiro por referência garante por si próprio a avaliação da performance individual, a mensuração do desempenho, a avaliação individual dos efeitos dos cuidados e a responsabilidade que é fixa, mas apresenta a desvantagens de perante a realidade portuguesa, por ser de muito difícil implementação (Costa, 1999).

Também o método de trabalho por equipa poderia ser uma boa opção. Foi criado com o objectivo de reunir pequenas parcelas de conhecimentos e informações num todo, onde a assistência é minuciosamente guiada e supervisionada por um enfermeiro que é líder. Trabalhar em colaboração é o respeito mútuo pelas dificuldades e um sentido de responsabilidade compartilhado para completar o trabalho que os juntou. Payne (1982) citado por Costa (1999) afirmou que se conseguirmos pessoas para trabalharem juntas, elas criarão mais do que alguma vez conseguiriam se trabalhassem sós. Assim a assistência é centrada no doente/família e implementada por reuniões diárias, nas quais todos discutem as necessidades de cada doente/família e planeiam formas de atendê-las.

O líder da equipa, responsável interno, é normalmente designado de entre os enfermeiros com maior categoria, maior antiguidade no serviço, e que embora não corresponda a nenhuma categoria oficialmente estabelecida, é uma distinção internamente reconhecida e valorizada que se traduz num relativo acréscimo de autoridade técnica e social na gestão das situações de trabalho. O líder da equipa tem a responsabilidade dos cuidados, assumindo primordial o desenvolvimento das suas capacidades de liderança, controlo e técnicas de supervisão, de forma a ajudar a equipa a conhecer as suas obrigações e a executá-las com o melhor da sua capacidade.

Magalhães (2000) refere que o método de trabalho por equipa garante a continuidade do prescrição do cuidado de enfermagem, no entanto o doente apresenta dificuldade em criar referenciais e interagir estabelecendo vínculos com o profissionais envolvidas.

Segundo Costa (1999) a reflexão sobre os diferentes métodos de prestação de cuidados permite-nos concluir que quanto à qualidade, a prestação de cuidados de enfermagem totais, contínuos, coordenados e imputáveis, depende do método de prestação escolhido. O mesmo se pode afirmar com a centralização ou descentralização do poder de decisão, que é ainda influenciado pela filosofia da organização, pelos recursos disponíveis e pelo estilo de liderança dos gestores de enfermagem.

Mendes (2012) a propósito da organização dos cuidados e da parceria com a família em

pediatria, evidencia o método de trabalho individual como sendo facilitador do desenvolvimento de parceria com os pais mas simultaneamente refere-se ao método de trabalho por enfermeiro de referência como sendo aquele que, pela presença em tempo integral dos pais em pediatria, melhor pode satisfazer a dinâmica de trabalho em parceria e um melhor bem-estar das crianças e das famílias.

Na prática, o que assistimos atualmente na maioria dos hospitais portugueses, é a dinamização do método individual, respeitando o princípio da continuidade, ou seja, durante um período mais ou menos longo o enfermeiro tem na sua responsabilidade o mesmo grupo de doentes. Permite avaliar e perceber a evolução clínica do doente e a performance individual do enfermeiro. Só através do conhecimento profundo do doente se pode acrescentar valor ao trabalho da enfermagem, e a tomada de decisão ser consciente e esclarecida. Qualquer dos métodos tem vantagens e inconvenientes, fato que nos leva a refletir sobre os efeitos da utilização dos diversos métodos, a fim de se equacionar a qualidade dos cuidados, os custos, a satisfação dos clientes, a satisfação no trabalho e as vantagens de ordem interrelacionar e social que daí derivam. Corroboro da afirmação de Costa (1999) que importa, essencialmente, não tomar como adquirido que um modo particular de cuidar ou de organizar a prestação dos cuidados de enfermagem, tem uma relação inevitável com a qualidade dos mesmos ou com o nível de desempenho profissional.

A avaliação do enfermeiros é um aspecto importante na gestão dos recursos humanos. Em termos gerais pode definir-se como a sistemática apreciação do comportamento do trabalhador na função que ocupa, suportada na análise objectiva do comportamento no trabalho através da observação e a respetiva comunicação ao mesmo, do resultado, de forma a incentivar e motivar o trabalhador (Rocha, 2010).

Para Gonçalves (2003) citado por Peres (2010) a avaliação do desempenho é um processo dinâmico de mensuração individual do desempenho profissional, na prática da sua função, conforme os critérios preestabelecidos. Constitui um instrumento de gestão, pelo meio do qual é possível estabelecer metas de desenvolvimento. Compreende a análise de aspetos relacionados com a atitude e técnicos, como o comportamento no trabalho, o conhecimento, as competências, as habilidades, a produtividade, a eficiência e a eficácia do avaliado, assim como a sua satisfação e a da instituição.

Segundo Halachmi (1995) citado por Rocha (2010) com o processo de avaliação do desempenho o avaliador informa o trabalhador sobre as estratégias da organização, o que ajuda a compreender a responsabilidade do seu contributo para os objetivos da instituição. Constitui uma base de dados de documentação para a gestão dos recursos humanos e suas carreiras, bem como, para lidar com instituições exteriores à organização como sejam os

tribunais e sindicatos. Permite fornecer ao avaliado um visão periódica de como vão ao encontro do padrão de desempenho preconizado pela instituição.

Para Gonçalves (2003) citado por Peres (2010) a finalidade da avaliação do desempenho é promover o desenvolvimento profissional do avaliado e do avaliador, e tem como principais objetivos caracterizar e documentar o desempenho profissional; detetar necessidades de formação considerando as competências a serem desenvolvidas e valorizando as competências adquiridas; planear em parceria com o avaliado as estratégias educacionais e metas de desenvolvimento; monitorizar o alcance das mesmas; reconhecer e analisar as condições de trabalho e os fatores intervenientes no desempenho e finalmente fundamentar tomada de decisão referente à movimentação de pessoal, como transferências e promoções.

O processo de avaliação de desempenho pressupõe um plano formal, dotado de objetivos claramente definidos e a adoção de métodos coerentes com a política e a filosofia da instituição. Importa salientar, a importância no investimento de programas de formação e desenvolvimento profissional, que devem estar bem definidos na política de recursos humanos, atendendo a que têm uma estreita relação com os resultados da avaliação de desempenho (Peres, 2010).

Assistimos durante muitos anos a avaliações que traduziam o passado e não pensavam no futuro, e procedimentos de avaliação dos profissionais de saúde, claramente insatisfatórios e deficitários, reduzindo maior parte dos casos, à classificação de satisfaz ou não satisfaz. Estamos perante um momento de mudança, com o novo modelo de avaliação do desempenho profissional dos enfermeiros, Sistema Integrado de Avaliação de Desempenho da Administração Pública (SIADAP) aplicado à carreira de enfermagem, que embora com todas as fragilidades inerentes a um processo de mudança, deve ser encarado como uma oportunidade de melhoria na performance individual do profissional e consequentemente na melhoria da performance global das unidades de cuidados.

Em síntese, podemos afirmar que entramos num tempo, em que urge a necessidade de enfermeiros gestores competentes, capazes de investirem no planeamento estratégico de recursos humanos em saúde, que sejam promotores de uma força de trabalho de enfermagem altamente qualificada motivada, inovadora, eficiente e responsável por cuidados de elevado nível de qualidade.

1.1.1 – A Formação na Gestão dos Recursos Humanos

A Enfermagem, como todas as áreas profissionais de saúde confronta-se com o desafio da doença, com a transformação acelerada da sociedade contemporânea e com o seu código

de valores da sociedade, procurando acompanhar a evolução da informação científica e técnica, o que a tem obrigado a uma constante recriação do seu agir profissional. Destas alterações, decorre que a profissão de enfermagem e a sua formação específica, nas últimas décadas, tem atravessado rápidas e profundas mudanças, tendo suscitado a introdução de sucessivas (re) estruturas nos planos de formação.

A aposta no desenvolvimento das capacidades e competências dos funcionários em todos os níveis de uma organização é fundamental para introduzir e desenvolver a gestão da qualidade total. Embora a formação não seja o motor primordial da gestão da qualidade total, é o seu “combustível”, pois permite à organização aceitar muitos dos valores necessários à mudança (Carapeto, 2006).

Atualmente a sociedade atravessa um processo de transformação provocado pela contemporaneidade e todas as revoluções pelas quais tem passado, notadamente a revolução tecnológica, que afecta o modo como nos organizamos, como nos relacionamos uns com os outros e como aprendemos. Assistimos, nos últimos anos e assistiremos nos próximos, a uma revolução tecnológica na prestação de cuidados de saúde, como via de oferecer soluções de cura a doenças crónicas relacionadas com o envelhecimento da população, tais como as doenças cardiovasculares, diabetes, cancro e outras, de forma a garantir uma maior otimização dos serviços prestados, quer ao nível da eficiência, quer ao nível do custo unitário por utente. Uma das características desse processo é conceber o conhecimento como um dos principais valores do cidadão, assim como a capacidade de inovação e empreendimento que este possui (Monteiro, 2011).

As Organizações pretendem ter os profissionais mais competentes, e sistematicamente vêm-se no jogo de ponderar as questões económicas e o seu interesse em melhorar o desempenho dos seus profissionais. Por esse motivo, frequentemente determinam parte dos seus orçamentos para a formação interna, que por vezes é contratualizada com recursos externos e outras vezes com recursos internos.

As organizações de saúde em geral, e as equipas de enfermagem em particular assumem a formação em serviço, como fundamental na atualização dos conhecimentos e no aperfeiçoamento da prática de enfermagem. Acima de tudo, a formação para além de um direito, é igualmente um dever dos enfermeiros, sendo que o seu sucesso depende do envolvimento de todos, das expectativas e ambições pessoais de acordo com os objetivos institucionais. É assumido entre o grupo profissional dos enfermeiros, e nas instituições, que o desenvolvimento pessoal e profissional, bem como o da organização, é a chave do sucesso, ajudando-as a adaptarem-se às mudanças e evoluções que surgem permanentemente, tendo em vista a melhoria da qualidade dos serviços prestados.

A formação é uma necessidade percebida e deve ser garantida a nível individual, organizacional e social, obrigando as instituições e os seus dirigentes a adaptar-se aos novos contextos, às novas realidades. O conhecimento existe, vive e é criado nas pessoas, com as pessoas, sendo o capital intelectual o ativo mais valioso e estratégico das organizações de saúde, impondo-se por isso que este seja identificado e avaliado para que possa ser gerido de forma eficaz (Ferreira et al, 2009, p.19). A tudo isto não é alheia a profissão de enfermagem, cuja necessidade de formar profissionais cujos valores, atitudes e práticas levam a tomadas de decisão conscientes e esclarecidas, tornando-os cada vez mais autónomos, responsáveis e competentes (Dias, 2004).

A enfermagem pode ser considerada uma das profissões na área da saúde em Portugal, pioneira na Educação permanente (Veiga, Duarte e Gândara, 1995). Tem assumido a formação permanente, com convicção de forma a responder com rapidez e competência às necessidades dos utentes (Conceição, 1998).

Considera-se oportuno e pertinente proceder a uma breve referência histórica da formação continua em contexto hospitalar e em Portugal. Carneiro (1988) defende que a história da formação permanente em enfermagem está intimamente relacionada com a criação da escola de Ensino e administração em enfermagem que pouco depois de iniciar a sua atividade (1967) realizou um programa de atualização onde inclui o tema “ Educação em serviço”.

Durante os primeiros anos de atividade, a Escola de ensino e administração em enfermagem preocupou-se em incentivar os responsáveis pelas instituições de saúde a estimularem atividades de atualização, de acordo com as suas necessidades, dentro das suas próprias instituições. Veiga, Duarte e Gândara (1995) defendem que foi dessa forma que emergiu a ideia dos Departamentos de Educação permanente (DEP), que estão presentes nas instituições de saúde um pouco por todo o país. Decorrente deste acontecimento, surge a necessidade de criar um órgão que coordenasse toda a atividade dos DEP em funcionamento, assim em 1978, é organizado um grupo de trabalho com o objetivo de estudar a criação de uma Comissão de Educação Permanente em Enfermagem (CEPE),baseando a sua filosofia nas recomendações emanadas pela UNESCO na Conferência de Nairobi(1976) que definia educação permanente como:“ ...o conjunto de ações educativas (colectivas ou individuais) que devem ser facilitadas e/ou aconselhadas aos enfermeiros ao longo da sua carreira profissional, com o objectivo de desenvolver ao máximo as suas capacidades humanas e melhorar a sua competência profissional” (UNESCO, citada por Carneiro, 1988, p.32).

Em 1982 o CEPE assume, verdadeiramente as suas funções, tendo sido definidas em Circular Informativa do Departamento de Recursos Humanos nº 19/82, publicada a 25 de março, as suas competências, atribuições e objetivos: *“dinamizar e coordenar ações de*

educação permanente; fomentar e apoiar a criação e organização de novos DEP, atualizar os enfermeiros responsáveis pelos DEP e fomentar a avaliação das atividades de formação desenvolvidas pelos DEP” (Veiga, Duarte, Gândara, 1995, p. 7).

À luz desta época compreendia-se que a Educação permanente praticava-se de uma forma organizada nos departamentos criados para o efeito e informalmente pelas respetivas equipas de prestação de cuidados através da formação em serviço (Tojal, 2011).

Nestes últimos anos, foram introduzidas muitas alterações no que diz respeito ao conceito dos Departamentos de Formação, assim como o modo de proporcionar e compreender a educação permanente. Segundo Veiga, Duarte e Gândara (1995) o termo “Educação” passou a designar-se “Formação” e, por outro lado, as estruturas de formação, os DEP, criadas apenas para os profissionais de enfermagem, passaram a responder também aos interesses e necessidades sentidas pelos restantes profissionais de saúde nas instituições.

A CEPE dá lugar à Comissão de Formação e Aperfeiçoamento Profissional (CFAP) disponível também para outros profissionais, defendendo que *“a estrutura formativa de cada instituição deve ser de âmbito multiprofissional; deve apostar na vertente institucional da formação, de modo a contribuir para a qualidade dos cuidados prestados”* (Veiga, Duarte e Gândara, 1995, p.37).

Nesta fase, importa clarificar alguns dos conceitos de relacionados com a formação. Quando falamos em formação surge na memória a formação permanente, formação contínua e a formação em serviço. O conceito de formação e Educação estão intimamente ligados, sendo por vezes difícil diferenciá-los (Velez, 2009). No que diz respeito à educação permanente, Nóvoa e Rodrigues (2005, p.9) referem que esta *“reivindica uma formação centrada na pessoa e nos contextos, capaz de superar os constrangimentos do modelo escolar.”* Estes autores atestam que a formação profissional contínua e a educação permanente tiveram uma evolução paralela e que as duas *“traduzem necessidades sociais e formativas que não encontram resposta adequada em concepções escolarizantes fechadas no interior do sistema educativo formal”* (Nóvoa e Rodrigues, 2005, p.10).

Atualmente há uma tendência para a centralização dos discursos na “educação e formação ao longo da vida” e no “reconhecimento e validação de competências”, apesar de estas ideias não serem recentes, são importantes, tal como referem Nóvoa e Rodrigues (2005, p.11) “uma e outra representam tendências que procuram uma formação para além do modelo escolar, no quadro de uma valorização da pessoa, da sua experiência e dos seus contextos de trabalho”. Deste modo, referem que a formação está a transformar-se num dever e não num direito e que as pessoas passam a ser encaradas como “ativos”.

Para Rocha (2010, p.169) a formação atualmente “apresenta-se não só como a ponte entre a educação e o trabalho, como faz parte do ciclo de vida dos trabalhadores, tendo um

carácter necessariamente contínuo” de forma a que o profissional esteja capaz de acompanhar o desenvolvimento da organização.

Podemos afirmar que a formação profissional é percebida como um continuum, que se inicia na formação de base e se desenvolve na formação complementar, deverá então, ser enriquecida com a Formação de Pós-Licenciatura, Pós-Graduação e de Mestrados garantindo, e conforme refere Nunes (2006) por esta linha da reflexão sustentada sobre a prática clínica e a criação de conhecimento dinâmico caracterizado pela problematização, pela descoberta ou negociação e pela investigação-ação, validando-se desta forma a Formação contínua.

A formação inicial busca provocar um processo de aprendizagem através de experiências pertinentes tão próximas, quanto possível, das práticas sociais. A formação está para além da aquisição de um saber, tende para a aprendizagem de um saber fazer, integrando condutas e práticas, desenvolvendo o saber estar, relacionado com atitudes e comportamentos que permitem aos formandos alargar o seu campo de compreensão e de ação. Daí que a formação propende a colmatar as insuficiências do ensino inicial, ajudando cada pessoa a “inventar” as suas próprias respostas, adaptadas às situações (Tojal, 2011).

A licenciatura em enfermagem, é entendido como formação inicial necessária e imprescindível para ingressar no mercado de trabalho, mas claramente insuficiente para dar resposta à exigência crescente da melhoria e segurança da qualidade dos cuidados. Além disso, de acordo com Ferreira (2005) citado por Paixão (2009) *“é na prática do cuidar em enfermagem que as necessidades de atualização e aperfeiçoamento se manifestam”*.

De salientar que a formação inicial dos enfermeiros tem um papel primordial no desempenho profissional, no entanto observa-se que a formação em serviço permite um desenvolvimento pessoal, um aprofundar de conhecimentos e ainda a reflexão sobre as práticas, além de reajustar o trabalhador ao seu posto de trabalho.. A nível de pós-graduações e especialidades verifica-se que há um aperfeiçoamento das competências técnico-científicas e relacionais-sociais , o que facilita a análise reflexiva das práticas e melhora a relação com o doente e a qualidade dos cuidados (Costa, 2011). Com a formação dos profissionais das organizações normalmente, e segundo Cardim (2009,p.1) pretende-se *“melhorar competências profissionais, atualizar conhecimentos, alargar a gama de atividades realizadas ou o respectivo nível e, de maneira geral, responder a problemas e falhas de execução dos trabalhos”* e ajustar o profissional ao projeto da organização, particularmente consciencializar a missão e valores que orientam o exercício organizacional, pois só assim podemos ter os profissionais motivados para os objetivos dos serviços.

Entendemos a partir da nossa experiência pessoal, que a formação do enfermeiro da área hospitalar está diretamente relacionada à sua experiência assistencial, Assad (2003) refere que os resultados do processo formativo podem ser mais ou menos produtivos, de

acordo com a intensidade e fundamentação teórica, que alicerça a reflexão sobre as ações. Ou seja, quando sistemática, intensa e crítica, facilita avanços no sentido de conhecer a si mesmo e ao ambiente que o cerca, desenvolver o poder de argumentação, a capacidade de equilibrar teoria e prática e, finalmente, trocar experiências com a equipe. O mesmo autor refere que tanto para os profissionais experientes, quanto para os iniciantes, não há dúvida de que, sem disciplina intelectual, sem rigor e sem criatividade, não há como pensarmos numa enfermagem reflexiva e autônoma, comprometida com o cuidar com qualidade, pesquisar e aprender cada vez mais, e acima de tudo cuidando na prática.

É fundamental privilegiar o desenvolvimento da prática reflexiva como ponto central da aprendizagem contínua dos enfermeiros. Por isso, os cenários da prática assistencial devem ser valorizados como importantes espaços nos quais se concretizam e sedimentam os saberes dos enfermeiros, tornando-se a formação um instrumento fundamental e indispensável para que o ser humano, o profissional, possa progredir na aquisição de conhecimentos e adaptar-se às exigências do seu posto de trabalho.

A formação em serviço, surge então como que uma estratégia de atualização em contexto de trabalho de forma dinâmica, com todos os intervenientes envolvidos, sendo esta capaz de contribuir para a evolução dos conhecimentos dos profissionais e para níveis de excelência na prestação de cuidados. Considera-se formação em serviço, e no que concerne aos enfermeiros, um processo educativo atualizado e coerente com as necessidades específicas do serviço e do enfermeiro, mantendo as equipas valorizadas e capazes de um bom desempenho profissional (Paschoal, 2007).

No estatuto da Ordem dos Enfermeiros, expresso no DL 104/98 de 21 de abril, no Artº 75º, alínea d) do nº2, refere como um dos direitos relativos à formação dos membros efetivos, é o direito a “...condições de acesso à formação para atualização e aperfeiçoamento profissional...”. O referido decreto regulamenta ainda um dos valores universais a observar na relação profissional “... a competência e o aperfeiçoamento profissional” através da alínea e) do nº2 do Artº 78º do DL 104/98; o um dos princípios orientadores da atividade dos enfermeiros a “excelência do exercício da profissão em geral e na relação com os outros profissionais” através da alínea c) do nº3 do Artº 78º do DL 104/98. A excelência do exercício também se encontra expressa no Artº 88 do mesmo decreto, onde se pode ler que “o enfermeiro procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de (...) manter a atualização continuada dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas”.

Um dos factores importantes para que a melhoria da qualidade dos serviços seja atingida é o ajustado e atualizado grau de formação dos profissionais para o desempenho das

suas funções mas, importa aliar a esta conjectura nacional, o as expectativas dos enfermeiros em relação à formação (Sousa, 2005).

A formação em serviço é um fenómeno diferente, mais ou menos presente, mas transversal em todas as equipas nas instituições de saúde, tendo como fim a melhoria continua dos cuidados de saúde e por isso não está em causa a certificação, pois os objetivos estão intimamente ligados ao desenvolvimento do serviço, mas, muitas vezes esta formação tem um cariz muito individual, pois destina-se a reajustar o profissional ao posto de trabalho, exemplo disso é a integração e ainda as necessidades de formação resultante da avaliação do desempenho, logo muitas vezes está ligada a carências de competências para exercer os cuidados.

Importa também refletir a importância da investigação na prática dos cuidados de enfermagem, observando-se um claro afastamento entre elas, dado que esta última quase sempre se desenvolve em contextos académicos. É necessário que os contextos de prática de cuidados sejam validados a partir da investigação, de forma a permitir o desenvolvimento da enfermagem enquanto ciência e profissão, e que se criem oportunidades de melhorar a visibilidade da enfermagem. Para isso, é indispensável que as instituições criem estruturas de investigação de forma a criar oportunidades aos enfermeiros gestores e suas equipas, de investigar e criar ambientes de trabalho baseados na evidência científica, desenvolvida pelos próprios ou na pesquisa. Concordamos com Mestrinho (2013, p.155) quando refere que ,a par da “vivência quotidiana nos serviços, a investigação emerge como uma condição, uma exigência, no contexto formativo, quer inicial, devendo a abordagem investigativa fazer parte do currículo, quer da formação ao longo da vida de forma integrada na prática dos cuidados”.

Também é percebido o enfraquecimento da procura de enriquecimento curricular para progressão na carreira, através de frequência de formação em serviço, congressos ou formação pós licenciatura, e conforme refere Paixão (2009, p.41) “há muito tempo que não existe lugar para a formação vista como um acumular de certificados e diplomas”. Assim, devem as instituições promover planos de formação estruturados, baseados nas expectativas das pessoas, motivadores e inovadores e que sejam adequados aos objetivos das instituições.

É urgente uma mudança de paradigma na formação em serviço. Conforme refere Costa (2008) num estudo efetuado sobre a formação continua em enfermagem em contexto de trabalho, a formação em serviço na maioria das instituições, inicia-se pelo diagnóstico efectuado com a realização entrevistas informais ou questionário, identificando as “necessidades de formação”, seguido do planeamento de ações de formação, em que os formadores são os próprios enfermeiros do serviço e maioritariamente selecionados de acordo com a disponibilidade manifestada em preparar teoricamente os assuntos previamente selecionado. Os formandos são os enfermeiros que estão de serviço naquele dia e aquela hora

da formação. E só, por coincidência, assistem às formações aqueles enfermeiros que foram anteriormente identificados com as respectivas “lacunas de formação”(Costa, 2008). Assim, é urgente e necessário ações concertadas, combinadas com a necessidades de formação individuais, os objetivos da instituição e do serviço e as exigências técnicas e relacionais para o posto de trabalho.

Corroboro da ideia de uma formação multiprofissional, atendendo a que o doente está no centro do nosso interesse, é cuidado por uma equipa multiprofissional, com saberes multidisciplinares, e a formação deve ter ser baseada nessas premissas. No entanto, e de forma informal e empírica, e com a minha experiência de mais de 20 anos de profissão, posso afirmar que ainda estamos longe de atingir este nível de excelência, com ações de formação concertadas e transversais a todas as áreas profissionais.

É ainda importante considerar, no contexto da formação em serviço o facto dos atores desta formação serem adultos, o que confere características particulares à atividade formativa. A educação de adultos determina todas as ações educativas destinadas às pessoas adultas, desde o combate ao analfabetismo, até ao prolongamento do nível primário e aperfeiçoamento dos níveis superiores. Abrangendo um conjunto de ações diversas, de carácter formativo e cultural, inclusive de carácter laboral e social (Candeias, 2009).

O adulto em formação, transfere consigo um percurso de vida que influencia o modo como compreende os acontecimentos e condiciona a sua conduta e as suas atitudes nas mais variadas situações. É necessário atender às possibilidades e aos limites do adulto, permitindo um autorreconhecimento de forma a permitir o crescimento.

Nóvoa (1991) salienta a necessidade de considerarmos para além do saberes escolares os “(...) saberes construídos a partir da experiência da tradição ou do trabalho e que não cabem no livro da Escola”. Teremos que considerar, a história de vida e as experiências do adulto em formação, a forma como ele procura a formação e como se forma, e conforme referido por Nóvoa (1991) citado por Santos (2008), no *“modo como ele se apropria do seu património vivencial através de uma dinâmica de compreensão retrospectiva”*. Este aspecto tem particular relevância, quando se pensa na Internet ou em recursos semelhantes para a estimulação da formação ou da autoformação do adulto.

Sacadura (1992) citado por Lopes (2011), salienta *“Os adultos não aprendem por mera exposição aos estímulos, a aprendizagem não ocorre por mera absorção passiva, não sendo, por isso, possível despejar conhecimentos para dentro da cabeça de alguém”*. Conforme refere Gonçalves (2003) *“a formação de adultos (...) implica inovação, mudança e alteração de hábitos adquiridos o que pode conduzir a resistências individuais e grupais”*. Daí decorre que, formação de adultos é uma área cada vez mais presente nos debates técnicos e políticos no âmbito da educação. O saber e o conhecimento ostentam nos diferentes quadrantes da vida

social uma importância cada vez mais relevante, fazendo da formação um meio privilegiado para a construção de uma sociedade mais equitativa e democrática, com uma maior participação dos cidadãos na vida social (Costa, 2008).

Assistimos, nos últimos anos e assistiremos nos próximos, a uma revolução tecnológica na prestação de cuidados de saúde, como via de oferecer soluções de cura a doenças crónicas relacionadas com o envelhecimento da população, tais como as doenças cardiovasculares, diabetes, cancro e outras, de forma a garantir uma maior otimização dos serviços prestados, quer ao nível da eficiência, quer ao nível do custo unitário por utente. Uma das características desse processo é conceber o conhecimento como um dos principais valores do cidadão, assim como a capacidade de inovação e empreendimento que este possui (Monteiro, 2011).

As mudanças invariavelmente colocam, não só novos debates para as profissões, como encerram novas determinações na própria organização e na dinâmica dos processos de trabalho. A inserção dos Enfermeiros neste contexto de mudanças, acompanhando a evolução do mundo globalizado, faz-se necessariamente através da permanente atualização e aperfeiçoamento do seu conhecimento com implicações no saber fazer e no sentido crítico, capacitando-os como profissionais capazes de resolver as diferentes solicitações e desafios do mundo atual. Decorrente das mudanças, urge a necessidade de repensar o perfil de qualificação/formação, funções e responsabilidades dos profissionais de saúde. Corroboro da opinião de Monteiro (2011), que a prática de formação nas instituições de saúde em Portugal terá que evoluir para uma estratégia proactiva de aprendizagem e formação que antecipe as necessidades de informação/formação dos profissionais do sector, substituindo a tradicional gestão administrativa da formação, virada para atitudes reativas a requisitos impostos por legislação ou exigências pontuais.

No sentido de obter estratégias proactivas de aprendizagem e formação é desejável identificar o perfil dos profissionais que iremos necessitar nos próximos cinco a dez anos e estabelecer protocolos com as instituições de ensino, promover uma atualização nas diversas áreas da prestação de cuidados e respectiva interface tecnológica, estimular ao recurso a novas formas de cuidar com recurso à tecnologia e sensibilizar os colaboradores mais velhos para a agregação (Monteiro, 2011).

Importa também, combater condicionantes para o desenvolvimento da formação em serviço, sendo que estas relacionadas com a falta de reconhecimento e compensação pelo empenho em equipa, a falta de estratégias motivacionais, a falha na avaliação do impacto da formação em serviço, tornando-se em mera oportunidade de fornecer experiência ao formador (Tojal, 2011).

Além de todos estes aspectos, importa referir que o cidadão comum, está cada vez mais esclarecido e informado, e exige segurança e qualidade nos cuidados de que é alvo,

particularmente nos serviços de saúde, onde, a equipe de enfermagem tem a responsabilidade de proporcionar à população cuidados de qualidade, tendo sempre como meta a segurança dos pacientes. Tal como refere Abreu (2001, p.9) *“nunca como hoje os atores da área da saúde foram confrontados com o fenómeno da qualidade. As leituras organizacionais, a dotação de recursos, as estratégias de parceria, a formação de recursos humanos ou mesmo os modelos de procura gravitam em torno da certificação da qualidade e de discursos produzidos sobre a excelência”*.

Em termos gerais, esta pressão efetuada de forma cada vez mais presente, nas instituições de saúde induzirá a necessidade de investir na melhoria da performance global dos serviços. E o percurso será com toda a certeza, o investimento nos recursos humanos. A prática atual terá que evoluir para uma cultura de gestão da performance que promova a formação e o desenvolvimento de competências orientadas para os objetivos ligados à missão da instituição, e sem dúvida, o desenvolvimento dos profissionais, no que diz respeito à componente técnica e comportamental. Conscientes da complexidade das organizações, implementação e avaliação do impacto da formação em serviço e da importância desta no desenvolvimento dos recursos humanos, questionamo-nos sobre o papel do enfermeiro gestor nesta área.

1.2– Papel do Enfermeiro Gestor na Formação em Serviço

É indiscutível o valor da formação em serviço para o desenvolvimento profissional e para o contributo da melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados. Entender a formação significa que se relacione com as formas de organizar o trabalho, de forma a fazer face à evolução do mundo do trabalho (Rocha, 2001).

A antiga carreira de enfermagem, Dec. Lei 437/91 de 8 de novembro atribuía ao enfermeiro chefe e ao enfermeiro supervisor a responsabilidade de escolher um enfermeiro para partilhar a responsabilidade pela formação em serviço, sendo que, esta deveria ser atribuída preferencialmente a um enfermeiro especialista, e designava-se como enfermeiro formador, dando-lhe direito a receber um suplemento remuneratório.

O Dec. Lei nº 247/2009 de 22 de setembro, anula a figura do enfermeiro formador, e atribui esta função à categoria de enfermeiro, conforme descrito na alínea n) “desenvolver e colaborar na formação realizada na respectiva organização interna” e na alínea p) “orientar as atividades de formação... de enfermeiros em contexto académico ou profissional”.

No que diz respeito à formação em contexto profissional, o papel do enfermeiro gestor é cada vez mais exigente e rigoroso, pois terá que ser ativo em todos os momentos de

desenvolvimento do enfermeiro, desde a integração num novo serviço ao desenvolvimento profissional dos enfermeiros de uma equipa, assim como no controlo do investimento na operacionalização da formação em serviço.

Baseados em Rocha (2010) podemos apresentar várias formas de formação profissional: a orientação e formação inicial, o treino, o desenvolvimento de competências e a educação.

A orientação e formação inicial, na altura da admissão à instituição que pressupõe o interface entre o trabalhador e a organização, exigindo a transmissão de informações sobre a natureza da organização, as políticas, regras, e benefícios da organização. Na orientação inicial o enfermeiro gestor deve organizar toda a informação num manual de acolhimento à instituição e serviço. O manual deve conter uma breve resenha histórica da instituição, a planta, a missão, os objetivos da instituição e do serviço, as condições de trabalho, vencimento, o procedimento em caso de falta por doença, as expectativas de carreira e esquemas de promoção, treino e formação profissional. Pretende-se que o enfermeiro seja munido de um conjunto de informações que facilite a socialização nos valores da organização.

O treino é dirigido à execução de tarefas que integram a função. A fase de treino, deve ser acompanhada por um tutor enfermeiro, que através de um plano de integração poderá adaptar o novo profissional, às exigências do seu posto de trabalho. Esta fase pode durar semanas a meses dependendo das características do serviço, devendo ser supervisionado e avaliado pelo enfermeiro gestor, estando em causa o desempenho do tutor e aprendiz do novo profissional.

O desenvolvimento de competências, de forma a que o enfermeiro desenvolva capacidades com vista à polivalência e flexibilidade na organização. Nesta fase, pretende-se fazer face às incertezas e à mudança contínua das organizações, de forma a que os profissionais estejam preparados para responder às exigências sempre crescentes das organizações, pelo que o enfermeiro gestor deve efetuar um acompanhamento rigoroso.

A educação, aprofundamento das capacidades individuais, de modo a aumentar o capital de qualificações. As instituições precisam cada vez mais destes profissionais, que através da criatividade constituem um factor determinante de sucesso, e mais uma vez o enfermeiro gestor deve considerar este aspeto como fundamental na gestão dos recursos humanos.

Ainda sobre a fase de orientação e formação inicial, e no que diz respeito à transição de estudante para enfermeiro, é um período marcado por inseguranças, incertezas, sentido que não estão preparados de facto, para atuar com segurança nos contextos de trabalho. Daí decorre, que o processo de integração revela-se como um momento crucial e de extrema importância, ao nível pessoal e profissional, de forma a colmatar necessidades sentidas, e

influenciará a forma como o novo enfermeiro perspectivará e vivenciará a sua profissão e a prática de cuidados (Abreu, 2001).

Outro aspecto preocupante, é a pressão exercida pelas administrações hospitalares para o encurtamento ou inexistência de períodos de integração, o que promove nos enfermeiros recém formados sentimentos de insegurança, de frustração, de desmotivação, de tal forma que sentem medo de serem deixados sozinhos sem qualquer orientação (Mestrinho, Antunes, 2013).

Conforme referido anteriormente é urgente uma mudança no paradigma na formação em serviço. É urgente e necessário ações concertadas, combinadas com as necessidades de formação individuais, os objetivos da instituição e do serviço e as exigências técnicas e relacionais para o posto de trabalho. Precisamos de enfermeiros gestores competentes e atualizados, proativos, no que diz respeito à formação e ao desenvolvimento profissional dos elementos da sua equipa. Podemos afirmar que é necessário um processo de formação em serviço rigoroso, que possa provocar a mudança efetiva, de forma organizada e inovadora.

A formação em serviço deve ser baseada num diagnóstico de necessidade de formação, tendo como fonte os profissionais e outros indicadores do serviço, e deve obedecer a um planeamento e implementação e sobretudo a avaliação do seu impacto.

Atualmente é incontestável, para a maioria das organizações a necessidade de capacitar os seus profissionais pela via da formação reflexiva e participativa. Esta mudança de paradigma foi impulsionada principalmente pelas mudanças operadas com o aumento da escolaridade, o crescente aumento do nível de informação dos doentes e famílias, as inovações tecnológicas, bem como a motivação e a expectativa das pessoas na participação das decisões, nos resultados e no futuro da organização (Peres, 2010).

A formação é uma componente essencial na vida de um hospital, e de um serviço. Com esta pretende-se garantir a progressão na aprendizagem organizacional, envolvendo todos os intervenientes e dando-lhes *empowerment* de forma a traduzir-se em mudanças necessárias para uma eficiência colectiva, transposta no desenvolvimento de competências importantes para o contexto de trabalho (Menoita, 2011).

Para conseguir que a formação se torne uma estratégia de gestão, tem que ser encarada como um processo controlado, refletido e de investimento pelo que tem que incluir as fases do diagnóstico da situação, da programação, da implementação e da avaliação, conforme esquematizado na figura nº 2.

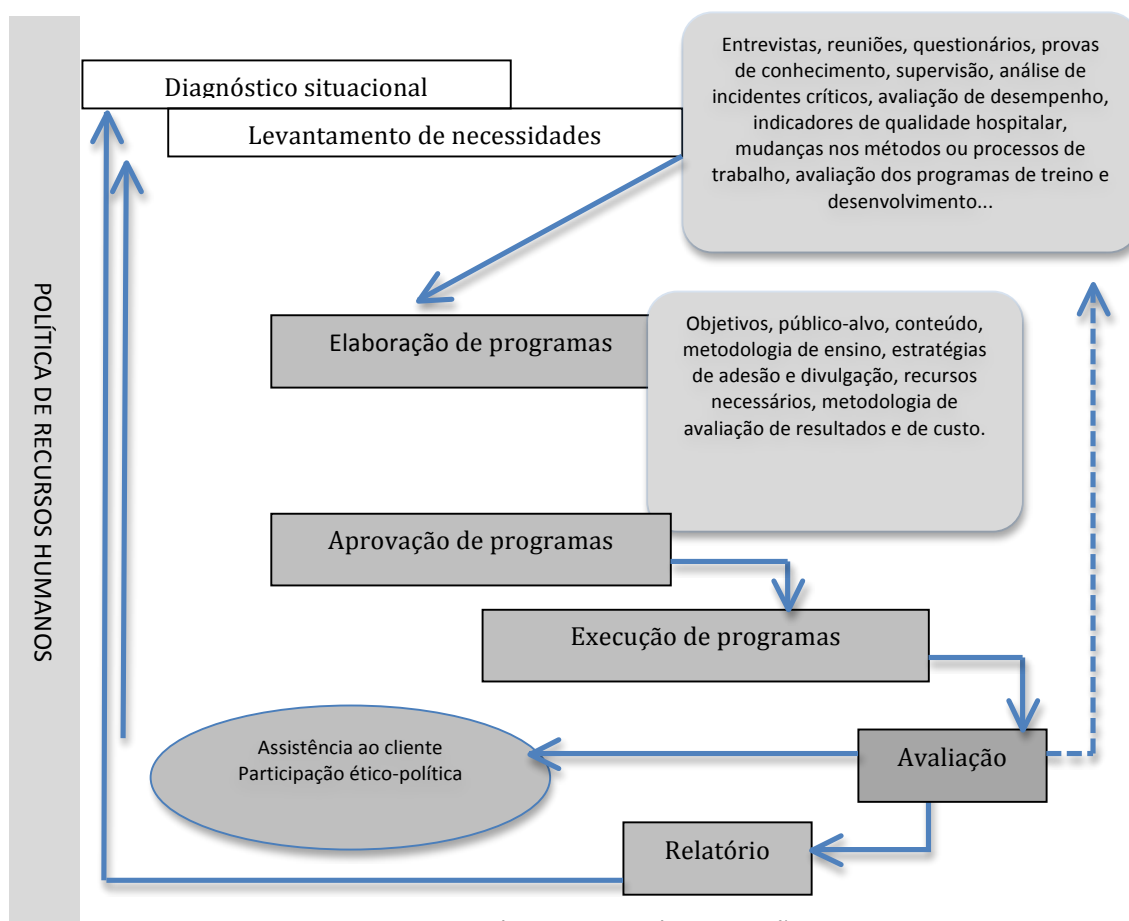


FIGURA Nº 2 – Planejamento da Formação em Serviço
(Adaptado de Peres et al, 2010)

O diagnóstico da situação é a fase onde o enfermeiro gestor analisa as necessidades de formação sentidas pela sua equipa, como também o nível da performance individual e global do serviço em relação às expectativas da instituição e consegue determinar, baseado nessa informação, quais as áreas de atuação que necessitam de intervenção pela via da formação em serviço, para atingir o objetivo final, a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Peres(2010) refere que na fase de diagnóstico das necessidades de formação, o enfermeiro gestor deve definir os problemas tratáveis ou não pelo treino, ou seja, se as necessidades detetadas são problemas passíveis de resolver pela via da formação em serviço, identificando os motivos desses problemas e se falta de conhecimento é devida ao despreparo ou a outros fatores relacionados com a organização do trabalho.

Para Rocha (2011) o diagnóstico da situação é efetuado tendo por base a identificação das necessidades de formação, a análise das necessidades de formação e a conversão das necessidades de formação em objetivos. Esta fase pode ser concretizada usando quatro abordagens: A survey das necessidades de formação, a análise das funções, o estudo de competências e a análise de performance.

A survey das necessidades consiste na identificação das necessidades de formação dos profissionais recorrendo a métodos como o questionário, entrevista, análise de grupo e grupos diagnósticos. Este processo é instrumental com o objetivo de identificar quais as funções que necessitam de rectificação e que carecem de maior precisão na sua execução. O diagnóstico, pode ainda levar à identificação de competências que a estratégia da organização necessita.

Finalmente a análise da performance constitui a oportunidade de determinar o desempenho exigido para cada tipo de função e comparação com os resultados concretos, de forma a concluir a necessidade de formação adequada. Para Cardim (2009, p.35) consiste na recolha de informação através do recurso a inquéritos, utilizando metodologias adequadas para a mensuração e representação documental das “ *disfunções de desempenho/Problemas da organização*” . Em termos práticos, esta fase pretende estabelecer uma relação entre as exigências de desempenho, baseadas na diversas atividades desenvolvidas, e a forma como são desempenhadas, detetando disfunções que possam ser colmatadas pela via da formação em serviço. Apresenta algumas particularidades, dado que é diferente em cada entidade, deve ser adaptada à realidade social da instituição e insere-se no processo de desenvolvimento da formação numa organização.

Relativamente à programação da formação, e segundo Rocha (2011) deve definir os meios adequados para dar resposta às necessidades de formação, tendo base, as características do grupo, a organização das matérias e seus formadores, a definição dos orçamentos e custos gerais e os métodos de controlo e de avaliação de resultados. Cardim (2009) acrescenta que o planeamento da formação é um instrumento onde se definem os objetivos e as atividades de formação a desenvolver num determinado prazo, que normalmente é anual, traduzindo a operacionalização das escolhas da gestão. Refere ainda, que os planos formais de formação só se justificam em organizações de dimensão média, ou grande, tal como hospitais, e que podem constituir um instrumento de informação para os diferentes atores da formação, para a definição de objetivos, para a decisão sobre o que deve ser realizado e com que meios, e dos participantes.

A fase de implementação é concretizada por formadores, podendo estes serem pessoas do próprio staff, ou externos como professores ou peritos em determinada matéria. Normalmente as instituições de saúde, optam pelos formadores do seu próprio serviço, no entanto, pontualmente recorrem a formadores externos. Para Rocha (2011) quando o objetivo pretendido é alterar mentalidades ou mudar comportamentos torna-se necessário recorrer a formações externas à organização.

O enfermeiro gestor como agente de transformação da realidade organizacional, deverá adotar metodologias que promovam a reflexão crítica, a criatividade e abandonar as técnicas de ensino prescritivas, preocupando-se também em individualizar o processo de ensino-aprendizagem (Peres, 2010).

No que diz respeito aos métodos utilizados, depende do objetivo, que pode passar pelo método de expositivo em sala de aula, o método de demonstração onde se procura o

melhor modelo para exemplificar, o método de treino usando por exemplo a rotação de funções com supervisão. Segundo Cardim (2009, p.107) *“as formas de ação formativa são as diversas configurações, ou soluções organizativas, que se adotam para desenvolver a formação”*. Nesta matéria, podemos distinguir as mais tradicionais e mais comuns, como a formação em sala com organização da formação, caracterizada pela presença programada de formandos e formadores em atividades. Quando falamos na formação em serviço estamos a referir uma tipologia de formação que vai para além dos processos formais, onde se pode privilegiar e tomar a liberdade de outras estratégias até porque, muitas vezes não se trata de debitar informação, mas sim de refletir nas práticas de forma a recreá-las como novos saberes em contextos específicos.

Do lado oposto aos métodos mais tradicionais, podemos identificar ações, que fogem desta tipologia, mas que são fundamentais para a integração teórico-prática, visando melhorar a eficácia da formação. Como exemplo a formação-ação, a formação à distância e o outdoor (Cardim, 2009).

A propósito de formação à distância (e-learning) nas instituições de saúde pode originar um impacto significativo nas formas de organizar a formação, e tornar-se uma estratégia mais próxima dos enfermeiros que dela necessitam. Poderá ainda, fazer parte de um plano estratégico da organização, no qual o aprender ajustado à sua medida, durante toda a vida, em qualquer lugar e em qualquer altura faz parte do plano de desenvolvimento pessoal e profissional de todos os Enfermeiros.

Metodologias centradas na aprendizagem são uma forma de proporcionar aos enfermeiros a disponibilidade dos conteúdos, mas essencialmente a disponibilidade em aprender na sua essência, permitindo que a formação em serviço seja um processo contínuo, dinâmico e não fugaz.

O recurso a um ambiente Web com informação didática e interativa, com o intuito não apenas de disponibilizar conteúdos relacionados à área da saúde, mas também de trocas de informações e experiências, poderá contribuir para a criação de uma rede de formação/conhecimento e aprendizagem na área de enfermagem. Concordamos com Lopes (2011), quando este refere no seu estudo, que a visão correta será aquela que reconhece que existem situações em que a formação em contexto de sala, é a mais adequada, outras nas quais o e-learning funciona melhor e há ainda outras em que uma combinação de ambas as abordagens será a opção mais favorável.

A última fase do processo de formação é a da avaliação, que é fundamental para completar o processo de formação, de forma a determinar a eficácia da ação de formação. Kirkpatrick (1987) citado por Rocha (2011) apresenta a mais popular das tipologias de avaliação do impacto de formação: a avaliação da reação dos formandos, de que forma os formando gostaram do programa; a aprendizagem, de que forma os formandos aprenderam novas técnicas e princípios; o comportamento, de que forma a formação condicionou

mudança de comportamentos; e finalmente a avaliação dos resultados medindo o impacto da formação na performance global do trabalho.

Cardim (2009) refere que a fase de avaliação permite uma visão crítica do trabalho efetuado, dado que se for realizada em condições técnicas adequadas, permite conhecer os resultados do trabalho formativo tornando possível melhorar a sua qualidade e adequação à realidade que deve servir. Entende que a avaliação deve ter em consideração a análise crítica da ação desenvolvida, a produção do feedback sobre esta e a sua eventual correção, essencialmente deve realizar-se pela verificação do alcance dos objetivos em comparação com os resultados.

A fase de avaliação tem como objetivo verificar se as informações transmitidas geraram conhecimento e se estas se refletem nas ações. Importa salientar, que na fase de avaliação do programa de formação são verificadas a pertinência do conteúdo, a adequação das estratégias de ensino e dos recursos, enquanto que a avaliação dos resultados ocupa-se com a verificação da mudança de comportamento dos formandos (Peres, 2010).

Existem várias formas de avaliação, mas importa em todo este processo, perceber se essa fase retorna ao início do planeamento, sendo capaz de gerar novas informações a propósito das necessidades que fundamentam o diagnóstico da situação (Peres, 2010).

Pelo exposto, podemos afirmar que o enfermeiro gestor tem um papel fundamental no processo de avaliação, planeamento, execução e avaliação da formação em serviço. Necessita de envolvimento no processo como um todo, conhecer claramente as necessidades de formação da sua equipa e interliga-las com os objetivos da instituição. Terá que em parceria com o enfermeiro que nomeie como responsável da formação, obedecer com rigor a todo o processo inerente ao planeamento de formação e anualmente, baseado no diagnóstico de necessidades individuais dos enfermeiros e ajustando-as aos objetivos institucionais, planear a formação em serviço.

A formação deve ainda ser sentida pela equipa de enfermagem, como credível, válida e que obtenha resultados visíveis na prestação de cuidados e que se consiga o envolvimento de todos. Daí, reveste-se de uma importância cada vez maior a criação de ferramentas fiáveis para a avaliação das necessidades de formação dos enfermeiros, e a implementação de programas de avaliação da formação em serviço, a curto e a longo prazo, de forma a dignificar a missão da enfermagem e de se alcançarem resultados na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Em síntese, podemos afirmar que as organizações de saúde assumem a formação em saúde como fundamental na atualização dos conhecimentos e no aperfeiçoamento da prática de enfermagem, considerando-a tanto um direito, como igualmente um dever. O Sucesso das organizações depende dos seu capital humano e do respetivo desenvolvimento profissional. É adotado entre o grupo profissional dos enfermeiros, que o desenvolvimento pessoal e

profissional, bem como o da organização, é a chave do sucesso, ajudando-as a adaptarem-se às mudanças e evoluções que surgem permanentemente, tendo em vista a melhoria da qualidade dos serviços prestados. Ao enfermeiro gestor, cabe a tarefa de concretizar todo o processo de formação da sua equipa, sendo que para tal, necessitamos de enfermeiros gestores competentes, capazes de com criatividade, com uma prática baseada na evidência científica, “inventar” novas formas de trabalhar e proporcionar ambientes de trabalho seguros, e motivadores de criatividade.

2 - A Família como Cliente em Meio Hospitalar

O homem não existe só, existe num mundo de relações de proximidade. Daí não ser possível afirmar que conhecemos uma pessoa sem antes conhecermos a sua família, e na mesma perspectiva, não é possível cuidar dos doentes, quaisquer que sejam os contextos, sem conhecer e incluir na prática a sua família.

É na família e particularmente em momentos do ciclo vital, tais como o nascer, o crescer e desenvolver, o envelhecer, o morrer entre outros, que os seus elementos adquirem significados, que mais tarde, são reproduzidos na experiência individual de cada um.

A doença faz parte da vida humana, constituindo motivo de preocupação para cada um individualmente e assume-se também como um acontecimento para a família. Ao analisar os processos de doença não nos podemos afastar do significado que esta pode ter para os indivíduos e para toda a família, e podemos dizer que nos momentos da doença os profissionais contam com a família como suporte aos cuidados profissionais. É necessário conhecer e usufruir deste recurso de forma a reduzir o sofrimento físico, emocional, e espiritual para o doente e sua família, garantindo assim, cuidados de enfermagem de excelência (Rodrigues, 2013).

Os enfermeiros têm o compromisso e a obrigação de incluir as famílias nos cuidados de saúde (Wright et Leahey, 2002). É evidente na literatura, nos inúmeros estudos efetuados e na prática clínica o significado da influência da família no processo de gestão da doença, seja em situação aguda ou em situação crónica. Neste sentido, importa abordar os diversos conceitos de família e a influência que esta exerce sobre o processo de saúde/doença e o papel preponderante da enfermagem em contexto hospitalar.

2.1 – Sustentabilidade Teórica do Atendimento da Família

O Enfermeiro necessita de compreender a família como uma identidade para os cuidados, pois a compreensão deste cliente faz por si só a diferença nos cuidados. Muitas vezes confinamos o conceito de família à consanguinidade e por isso quando avaliamos as necessidades dos clientes perguntamos pelos pais, filhos, tios ou avós e excluimos da família os amigos ou pessoas significativas, o que no leva a questionar as várias visões da família.

A família é o suporte físico, emocional e social de qualquer indivíduo. Segundo Pinto (1994) citado por Martins (2002, p.111) *“é através da família que o homem nasce, cresce, vive e morre, onde se sofre e ama, onde o homem se realiza na plenitude do seu ser”*. O conceito de família tem evoluído ao longo dos tempos. Esta mudança é sentida a nível da estrutura, das funções dos elementos que a compõem, assim como nas suas funções enquanto sistema. As mudanças sócio-culturais e tecnológicas da sociedade, influenciaram significativamente as transformações familiares, dando consequentemente alterações no seu todo e em cada um dos seus elementos.

A família tem sido caracterizada de forma divergente, de acordo com a época e com os autores em questão. Segundo Hanson (2005), durante muitos anos a família era definida como um grupo de pessoas que moravam juntas estando relacionadas por consanguinidade, matrimónio ou adopção. Nesta perspectiva Bruggess e Locke (1953), citado por Hanson (2005, p.6) definem a família como *“um grupo de pessoas unidas pelo laços de matrimónio, sangue ou adopção, construindo um lar; interagindo e comunicando uns com os outros dentro dos seus papéis sociais de marido e mulher, pai e mãe, filho e filha, irmão e irmã, criando e mantendo uma cultura comum”*.

As definições de família, na perspectiva da enfermagem, foram seguindo esta linha de orientação, porém a partir da década de 80, o conceito tornou-se mais alargado, indo para além das constrações de sangue, casamento e legais: *“família é um sistema social composto por duas ou mais pessoas que coexistem dentro do contexto de algumas expectativas de afeição recíproca, responsabilidade mútua e duração temporária. A família caracteriza-se pelo compromisso, tomada conjunta de decisões e partilha de objetivos”* (Departament of Family Nursing, Oregon Helth Sciences University, 1985; citado por Hanson, 2005, p.6).

Para Johnson (1992) citado por Stanhope (1999) a família é composta por dois ou mais indivíduos, pertencendo ao mesmo grupo ou a diferentes grupos de parentesco, que estão implicados numa adaptação continua à vida, residindo habitualmente na mesma casa, experimentando laços emocionais comuns e partilhando entre si e com os outros certas obrigações.

Hanson (2005, p.6) apresenta o conceito de família num formato mais abrangente, assim a *“família refere-se a dois ou mais indivíduos que dependem um do outro para dar apoio emocional, físico e económico: Os membros da família são auto-definidos”*. Decorrente desta definição, importa que os enfermeiros perguntem aos utentes, quem é efetivamente a sua família? Pois, e concordando com Wright e Leahey (2002) família é quem é eles dizem que são.

Todas as famílias independentemente da sua estrutura, têm determinadas funções, que são desempenhadas para manter a integridade da unidade familiar e dar resposta às necessidades dos seus membros e às expectativas da sociedade (Stanhope e Lancaister, 2000). Também relativamente à estrutura da família, podemos referir que, inclui os elementos que a constituem, as ligações que estabelecem entre eles e entre a família e outros sistemas sociais.

A análise da função familiar, promove a compreensão da família como uma instituição e um sistema social. A estrutura, função e processo da unidade familiar influenciam e são influenciadas pelo estado de saúde dos indivíduos na família e pela saúde da unidade familiar (Relvas, 2004).

A família pode então, assumir uma estrutura nuclear, que consiste num homem, numa mulher e nos seus filhos, biológicos ou adoptados, habitando num ambiente familiar comum. Nesta unidade o laço conjugal e a função reprodutora são a principal força de união. Para Whaley e Wong (1999) este tipo de agregado é o protótipo de relacionamento e constitui a unidade básica a partir da qual se geram outras relações humanas indispensáveis ao crescimento harmonioso da pessoa. Para Hanson (2005) este tipo de família está a diminuir, dando lugar a famílias reconstituídas, sendo estas diferentes das famílias tradicionais, tanto na interação com os seus filhos, como na sua rede social.

Existem estruturas com apresentação de um só membro, monoparentais, decorrentes da variação da estrutura nuclear tradicional devido a fenómenos sociais, como o divórcio, óbito, abandono de lar, ilegitimidade ou adopção de crianças por uma só pessoa. Nestes casos, as situações de doença, provocam maior fragilidade e por vezes geram insegurança na estrutura familiar. (Whaley e Wong: 1999). Hanson (2005, p.87) define a família monoparental como a *“família em que o chefe de família nunca foi ou não é atualmente casado”*, considerando que este tipo de famílias está numa situação mais frágil com maior tendência à pobreza.

As famílias reconstituídas ou segundas famílias, dizem respeito às apresentações em que um ou os dois progenitores tem no lar filhos de um casamento anterior. A ruptura de estilos de vida e os sistemas de interação anterior constituem obstáculos e dificultam a adaptação. Apesar destes constrangimentos, a maioria das crianças deseja viver num lar com

um pai e uma mãe (Whaley e Wong, 1999). Hanson (2005) afirma que este tipo de família tem uma rede social mais alargada.

A família extensa ou consanguínea é constituída por várias famílias nucleares vinculadas por relações paterno filiais, ou seja é formada pela unidade nuclear e pelos parentes lineares ou colaterais. Neste tipo de agregado familiar, o crescimento e educação dos filhos passa a ser uma responsabilidade partilhada. Proporciona um auxílio precioso quando ocorrem problemas de saúde de um membro, podendo prestar apoio uns aos outros e/ou ao membro doente.

Para além destas organizações, existem ainda apresentações menos comuns, denominadas de alternativas, tais como as famílias comunitárias, homossexuais ou poligâmicas. Nas primeiras o papel dos pais é descentralizado, sendo as crianças da responsabilidade de todos os membros adultos, ao contrário dos sistemas familiares tradicionais, onde a total responsabilidade pela criação e educação das crianças se restringe aos pais e à escola. Nos casais homossexuais existe ligação conjugal ou marital entre as duas pessoas do mesmo sexo, que adotam crianças ou têm filhos biológicos de relacionamentos heterossexuais. Nas famílias poligâmicas, um adulto de qualquer sexo possui mais de um parceiro ao mesmo tempo (Whaley e Wong, 1999).

Ao longo do tempo, a família foi-se modificando ao nível da estrutura e da dinâmica, quer na organização interna, com a diminuição do número de filhos, a diminuição do número de famílias numerosas e o aumento de pessoas que vivem sozinhas, o aumento de famílias reconstituídas em virtude do número de divórcios, das uniões de facto e uniões livres, e mais recentemente a assumir de relações homossexuais (Dias, 2011).

Os padrões organizacionais de uma família tendem a ser relativamente estáveis no decorrer do tempo, no entanto vão sendo gradualmente modificados ao longo do ciclo de vida da família e de modo radical por eventos, chamados de crise, como o divórcio ou morte. Numa sociedade em rápida transformação podem coexistir vários tipos de estruturas familiares, cada uma tem os seus pontos fortes e fracos, que afectam de forma direta ou indireta a saúde dos seus membros (Hanson, 2005).

A função familiar, tal como referido anteriormente, constitui um elemento relevante no estudo da família. É descrita por Hanson (2005) como sendo o objectivo que a família serve em relação ao indivíduo, a outros sistemas inerentes à unidade básica familiar, nomeadamente: perpetuar a espécie, transmitir conhecimentos, valores e crenças, cuidar, alimentar e educar.

Hanson (2005), salienta que a família para ir de encontro às necessidades da sociedade, tem que manter a sua integridade como um sistema social. Como sistema social

necessita de satisfazer determinados pré-requisitos como de adaptação, realização de objectivos, integração, manutenção de padrões e controlo de tensões.

O Conceito de adaptação refere-se à capacidade da família se adaptar ao ambiente interno, os elementos que constituem a família, e ao ambiente externo, a cultura predominante e os ambientes com os quais a família interage. Nesse sentido, os elementos têm que desempenhar tarefas que dependem, não só de recurso que têm que obter, mas também de capacidades e motivação de cada um dos seus membros. Podemos dar o exemplo de tarefas, como o de conseguir alimento para sustentar a família. Daí decorre, a necessidade de um ou mais dos membros da família se ocupar da tarefa de ganhar dinheiro para comprar alimentos, de alguém ocupar-se de confeccionar os alimentos, de haver motivação para confecciona-los e arrumar de casa depois. Isto significa que cada um apresenta uma tarefa, e que se não for cumprida fica comprometido o papel da família.

Da definição de objectivos, a família como sistema social necessita de determinar a forma de os atingir, sendo que e segundo Hanson (2005, p.91) “a liderança vigente na unidade parental tende a promover a realização dos objectivos da família” no entanto é preponderante o compromisso e a motivação de todos os membros. A integração refere-se a atividades interna na família, e consiste na forma a família adquire coesão, solidariedade e identidade que permite aos elementos manter relações próximas durante um período de tempo, evitando a desintegração.

A manutenção de padrões e controlo de tensão constituem também requisitos funcionais internos, no seio da família, referindo-se as expectativas que cada um cria acerca do modo como cada um se deve comportar, devendo haver concordância relativamente aos valores que regem as atividades familiares de forma a existir equilíbrio e boa interação (Hanson, 2005).

Relvas (2004) realça o facto de a família possuir um dinamismo próprio que lhe confere, para além da sua individualidade, autonomia. Quer isto dizer, que no seu funcionamento integra as influências externas, mas não está dependente delas; não é simplesmente reativa às pressões do meio, pois está também sujeita a forças internas, possuindo uma capacidade auto-organizativa que lhe confere coerência e consistência neste jogo de equilíbrios dinâmicos.

Os membros da família estão interligados e dependentes uns dos outros, assim quando ocorre uma mudança na saúde de um dos seus membros, todos os outros são afectados e a unidade familiar como um todo, é alterada. Então, podemos afirmar, e concordando com Hanson (2005), que “o funcionamento da família influencia a saúde física e o bem estar psicológico dos seus membros”. Será portanto, importante e imprescindível para a prática de enfermagem, compreender a sua estrutura, a sua função e processos familiares de

forma a conseguir uma base para a sua intervenção singular e adaptada a cada família, nos momentos fora e dentro da doença.

Segundo Hanson (2005, p.10) a enfermagem de família apresenta diferentes abordagens, perspectivas dos cuidados na prática, assim apresenta-se a família como o contexto de desenvolvimento individual, a família como um cliente, a família como um sistema e a família como uma componente social, sendo que cada uma delas está conectada às diferentes formas de intervenção.

A família como o contexto de desenvolvimento individual, apresenta-se como a situação onde está inserido um doente alvo dos nossos cuidados e da nossa avaliação, sendo área tradicional da enfermagem, onde o doente é colocado em primeiro plano e a família em segundo plano, sendo a forma mais comum na realidade da assistência hospitalar. Assim a família é perspectivada como um recurso ou uma fonte de stress na saúde e na doença.

A família como um cliente, centra-se na avaliação de cada um dos membros da família, sendo esta o nosso cliente alvo de intervenção. Esta abordagem é vista tipicamente em cuidados de saúde primários, nos quais os enfermeiros de família prestam cuidados a todos os membros de família.

A família como um sistema, é considerada como um todo, na qual o todo é mais do que a soma das suas partes, concentrando-se simultaneamente no indivíduo e na família, e nas respetivas relações entre eles. A família é vista como um sistema, implicando que quando parte do sistema é afetado, como por exemplo a doença de um dos seus membros, as outras partes também são afetadas.

A família como uma componente social e a forma de a considerar como uma parte da sociedade, sendo encarada como qualquer outra instituição, “a família como um todo interage com as outras instituições para receber, trocar, ou fornecer comunicação e serviços”. Importa no entanto referir que qualquer que seja o contexto de contacto de família, é importante ter em vista as quatro perspectivas.

Para assistir a família em qualquer uma das visões é necessário que os enfermeiros tomem conhecimento da natureza da família com que têm que se relacionar para desenvolver os cuidados pelo que é determinante iniciar todo o processo por uma avaliação afim de determinar os focos de intervenção e iniciar um planeamento ajustado à natureza do trabalho que pretendem desenvolver.

2.2- A Família e o Processo de Doença

A doença, desde sempre, fez parte da experiência humana, quando presente num elemento da família constitui motivo de preocupação para todos, e é no exemplo familiar, nas

vivências da família com a doença, que se adquire um significado que será usado como experiência individual.

O internamento hospitalar pode representar uma série de ameaças para o doente e para a família. Para o doente, a vivência de a ameaça à vida, à integridade corporal, exposição á vergonha, desconforto devido à dor, cansaço, alterações à alimentação, privação da satisfação sexual, restrição de movimentos, isolamento, risco de alterações financeiras, risco de antipatia ou de rejeição de outros face á sua situação, incerteza quanto ao futuro, separação da família e amigos, e dependência de outros para o bem estar (Cabete, 2005). Vivenciam um conjunto de sentimentos, de privações e inseguranças capazes de criar momentos de grande stress. Os doentes hospitalizados são sujeitos a privações e solicitações, pois são privados das suas rotinas, dos seus hábitos e são solicitados para exames e intervenções clínicas, vivem uma experiência, que por vezes sentem dificuldade em integrar (Bagros & Le Breton, 1990; Cabete, 2005).

O doente hospitalizado está dividido entre duas culturas, a sua e a do hospital. Rapidamente o doente percebe que não são apenas limitações físicas, emocionais que lhe são impostas, há regras implícitas e explícitas, como sejam a submissão a uma linha de poder hierárquico: os outros dizem-lhe o que fazer e quando fazer, é o choque do desnível entre uma vida dominada por si e uma vida gerida pelos outros (Ramos, 1996; Cabete, 2005).

É interessante verificar que o doente vai reproduzir, na relação com o meio hospitalar e com as pessoas que nele trabalham, a sua relação familiar. Assim, terá maior ou menor reatividade às regras hospitalares, maior ou menor autonomia, maior ou menor capacidade de se adaptar, conforme traga no exemplo da sua família relativamente à capacidade de adaptabilidade, coesão, e comunicação (Ramos 1996; Cabete, 2002).

O aparecimento de uma doença num membro da família, estabelece alterações no sistema familiar e implica uma série de reajustamentos na sua estrutura, papéis e relações afetivas (Moreira, 2001; Pereira, 2002).

Cada família possui um conjunto de valores, crenças, de conhecimentos e de práticas que orientam os elementos da família, e a família no seu todo, para a promoção da saúde, a prevenção e o tratamento da doença, supervisionando o estado de saúde dos seus membros e tomando as decisões, procurando ajuda nas pessoas significativas e/ou nos profissionais (Elsen, Althoff, 2001; Schmitz, 2008). Cada família está sujeita a dois tipos de pressão : a interna e a externa. A primeira resulta das mudanças inerentes ao desenvolvimento dos seus membros e ao momento em que se encontra no ciclo vital da família, e a segunda diz respeito às exigências de adaptação às instituições sociais que sobre eles têm influencia (Alarcão, 2006).

A família é percebida como um sistema que enfrenta perturbações, se desestrutura quando tem dificuldades e necessita de apoio para enfrentar as situações de doença, podendo ficar afetada na dinâmica familiar, e ocasionar comportamentos e manifestações patológicas, dependendo do tipo de patologia, do grau de incapacidade, da forma de manifestação e do papel e função do indivíduo doente (Hanson, 2005). O início da doença edifica uma situação de mudança para o sistema familiar, pois implica um processo de reajustamento na família, no que diz respeito à sua estrutura, papéis, padrões de comunicação e das relações afetivas (Moreira, 2011).

A homeostasia da família é quebrada perante a doença grave ou a morte de um dos seus membros, implicando uma mudança global e qualitativa do sistema. A doença de um familiar é geradora de crise do seio da família e é sentida pelos seus membros como uma ameaça, em virtude da imprevisibilidade dos acontecimentos e das necessidades de mudança. Todos os seus membros vão sofrer de ansiedade e stress, e todos sentirão a influência negativa do sofrimento e da dor. No entanto, o impacto da doença na família está relacionado com o tipo de família, com a sua dinâmica, com a própria doença, o seu tratamento e as relações com o membro doente (Martins, 2002; Moreira, 2011).

A família é fundamental na saúde e na doença, procurando o seu próprio estilo para tomar as suas decisões e criar formas de se adaptar para manter o equilíbrio. A situação de doença representa um acontecimento gerador de crise no seio familiar, caracterizada por um lado, pela súbita e inesperada alteração da estrutura e funções do sistema, por outro, pela incapacidade demonstrada pelos membros da família em responder adequadamente às necessidades do doente (Alarcão, 2000; Martins, 2004; Hanson, 2005).

A família, é entendida como aquela que permanece ao lado do internado, facultando apoio emocional, mas também auxiliando nas tarefas desenvolvidas na rotina diária no ambiente doméstico (Monticelli, 2007). Verificamos que a família se torna particularmente relevante nos doentes mais vulneráveis, por um lado porque diminui o isolamento induzido pela hospitalização e por outro lado, porque mantém a ligação ao seu mundo “conhecido do quotidiano” e que funciona como um redutor de ansiedade (Cabete, 2005, p.135). Além disso, a família é quem melhor conhece o doente como pessoa, bem como as suas preferências, interesses, preocupações e hábitos e como tal encontra-se em melhores condições para prestar cuidados (Pacheco, 2002).

Os profissionais de saúde em geral e os enfermeiros em particular são fundamentais no apoio às famílias com necessidades de cuidados e na adaptação ao processo de saúde-doença. Cuidar a família e com a família, constitui um dos objetivos do Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN- *International Council of Nurses*), sendo que o contexto familiar viabiliza a intervenção nas necessidades da unidade familiar e de cada um dos seus membros. Assistimos

atualmente a contexto laborais onde direta ou indiretamente os enfermeiros estão centrados na família, tendo em consideração a sua saúde global (Figueiredo, 2009).

A presença da família no processo de doença, nomeadamente no hospital, está cada vez mais visível, tanto no âmbito da assistência na área materno infantil, tradicionalmente mais patente, como nas outras áreas, decorrente por um lado da mudança de paradigma da importância que se atribui à família, e por outro também da alteração da lei que permite o acompanhamento dos doentes vulneráveis, nas 24 horas do dia.

2.3- O Papel do Enfermeiro no Atendimento da Família

Em contexto hospitalar, percebemos ao longo dos anos de experiência na prestação de cuidados, a presença cada vez maior da família como acompanhante e como elemento interessado em todo o processo de internamento. Atualmente não são apenas as áreas pediátricas, onde tradicionalmente a família está mais presente. Conseguimos sentir a presença e o interesse da família de uma forma transversal em todos os contextos de cuidar. No entanto, a tendência observada na prática é a inclusão dos familiares, e não o conjunto dinâmico e complexo que consiste na unidade familiar como foco de cuidado. Os enfermeiros estão a sentir a família como um elemento que se insere de uma forma cada vez mais forte e influente no meio hospitalar, no entanto continuam a posicionar-se e a relacionarem-se diante do acompanhante, e não a encarar a família propriamente como um sistema de cuidado (Montefusco, 2008; Monticelli, 2007).

O conhecimento da enfermagem de família para os enfermeiros do contexto hospitalar, torna-se um aspecto fundamental na sua prática diária. É elementar que a enfermagem aproveite este recurso, e que o conheça de forma aprofundada e sustentada numa base científica, dado que, quando os enfermeiros *“trabalham unicamente a partir da sua própria experiência, têm uma visão egocêntrica das famílias”* e além disto a *“socialização individual, a cultura, e o sistema de valores afectam a forma como os enfermeiros trabalham com as famílias”* (Hanson, 2005, p.4). Assim sendo, é importante que alarguem o seu conhecimento no que diz respeito à família, enquanto estrutura, na sua dinâmica e de que forma esta pode influenciar positiva ou negativamente no processo de gestão da hospitalização. A intervenção na família exige dos enfermeiros competências na avaliação e intervenção nesta área. Para tal, é necessário que usem uma abordagem lógica e sistemática quando estão a trabalhar com famílias, designada como processo de enfermagem de família, que comporta cinco fases: a recolha de dados, o diagnóstico, o planeamento, a intervenção ou tratamento e a avaliação (Hanson, 2005). Além desta abordagem lógica e sistemática da informação sobre a família, importa que os enfermeiros utilizem na sua prática uma estrutura

conceptual clara ou um mapa da família, porque encoraja a síntese de dados, de modo a serem identificadas as forças e os problemas da família. A aplicação de uma estrutura conceptual de avaliação da família contribui para a organização da quantidade maciça de informação proporcionando um foco para a intervenção de enfermagem.(Wright et Leahey, 2002)

O Modelo de Calgary de Avaliação da Família (MCAF) da autoria de Wright e Leahey (2002), que junta a enfermagem com a terapia familiar, é uma estrutura conceptual, multidimensional, integrada, baseada em sistemas, cibernética, comunicação e fundamentos teóricos de mudança.

As autoras estabelecem um conjunto de conceitos a partir da teoria geral dos sistemas e da teoria dos sistemas familiares, que originam a estrutura teórica deste modelo: um sistema familiar é parte integrante de um subsistema maior e é composto por muitos subsistemas; A família como um todo é mais do que a soma das suas partes, uma mudança num elemento da família influencia todos os restantes elementos da família; A família sustenta um equilíbrio entre a mudança e a estabilidade; os comportamentos dos membros da família são melhor compreendidos a partir de uma perspectiva de causalidade circular, do que numa perspectiva linear.

Um outro fundamento teórico utilizado neste modelo é a cibernética, ou a ciência da comunicação e da teoria de controlo. Wright e Leahey (2002) expõem dois conceitos úteis da teoria cibernética: as famílias possuem capacidade para se autorregularem; Os processos de *feedback* podem ocorrer simultaneamente a vários níveis de sistemas com as famílias. Um último fundamento teórico que sustenta o modelo é a teoria da comunicação, ou seja, baseia-se no fundamento que toda a comunicação não verbal tem significado; toda a comunicação tem dois grandes canais de transmissão: digital (verbal) e analógica (não verbal); toda a comunicação tem dois níveis: conteúdo e relação; uma relação díade tem vários graus de simetria e de complementaridade (Wright e Leahey ,2002).

A mudança também é um conceito importante neste modelo, dado que o núcleo central da intervenção de enfermagem é ajudar as famílias a mudar, ajudar as famílias a conseguirem o equilíbrio entre a mudança e a estabilidade. Assim, as autoras defendem um delimitado número de conceitos oriundos da teoria da mudança: a mudança depende da percepção do problema; a mudança é determinada pela estrutura; a mudança depende do contexto; a mudança depende de objetivos co-envolvidos para o tratamento; a compreensão por si só não leva a mudança; a mudança não ocorre necessariamente de modo igual em todos os membros da família; a facilitação da mudança faz parte da responsabilidade do enfermeiro; a mudança acontece devido a um “encaixe” ou rede entre as ofertas terapêuticas (intervensões de enfermagem) e as estruturas *bio-psico-social-espiritual* dos membros da família (Wright e Leahey , 2002).

O Modelo de Calgary de Avaliação Familiar incide na avaliação de três categorias principais: estrutural, de desenvolvimento e funcional, e cada categoria contém subcategorias, e orientam a avaliação familiar no sentido de obter dados necessários para o diagnóstico de cuidados de enfermagem.

A categoria estrutural baseia-se na avaliação de componentes da estrutura da família, tais como os aspectos internos, externos e contextuais da família, nomeadamente, os aspectos internos referem-se a quem faz parte da família, como é ligação entre os seus membros e qual o contexto da família, os aspectos externos são relativos á família alargada, a sistemas maiores, influentes para a família.

A categoria de desenvolvimento da família avalia as etapas da família, tarefas e ligações, por isso, leva-nos a compreender em que fase do ciclo de vida se encontra a família, de forma a permitir aos enfermeiros uma intervenção mais objetiva, específica e significativa.

A categoria funcional reflete a forma como se comportam uns com os outros, que inclui quer aspetos instrumentais quer de expressividade, o que nos aproxima da intervenção em relação à comunicação, tarefas de atividades de vida diária , entre outras.

Wright e Leahey (2002) também desenvolveram, paralelamente ao modelo de avaliação o modelo de Calgary de Intervenção familiar (MCIF), este modelo conceptual de intervenção familiar, oferece estratégias que orientam os enfermeiros na promoção, melhora e sustentação de um funcionamento na família dentro de três domínios, o cognitivo, o afetivo e o comportamental, sendo que a alteração num domínio irá afetar outro.

As intervenções que se relacionam ao domínio cognitivo do funcionamento da família “são aquelas que oferecem novas ideias, opiniões, crenças, informações ou educação sobre um problema ou um risco de saúde em particular”. São intervenções que se destinam a alterar a maneira na qual determinada família vê e acredita no seu problema.

As intervenções na família e neste modelo, passam por elogiar as forças da família e dos indivíduos e oferecer informações e novas opiniões sobre a questão em causa (wright e Leahey, 2002). As intervenções para alterar o domínio afetivo da família têm como objetivo reduzir ou aumentar emoções intensas que podem bloquear as tentativas da família de solucionar os seus problemas. Estas intervenções passam por validar ou normalizar as respostas emocionais, incentivar as narrativas de doenças e estimular o apoio da família (Wright e Leahey, 2002). As intervenções para mudar o domínio comportamental do funcionamento da família ajudam os membros a interagir e a comportar-se entre si de modo diferente, passando por incentivar os membros da família a serem cuidadores, incentivar o descanso, planejar rotinas, de forma a ajudar a família a superar esta mudança, que pode ser surgido com a doença (Wright e Leahey, 2002). As autoras acreditam que *“a mudança mais profunda e contínua será aquela ocorrida no âmbito das crenças familiares (cognição)”* (Wright e Leahey, 2002, p.151).

A noção empírica leva-nos a afirmar que , com muita frequência no dia a dia de um hospital, os enfermeiros referem não envolver mais as famílias, não é porque não considerem a família importante para cuidar do doente, mas sim por falta de tempo. Daí decorre, que consideramos importante, e dado o nosso estudo ter sido desenvolvido em contexto hospitalar, abordar como fazer uma entrevista em 15 minutos com a família.

Há pressupostos fundamentais que os enfermeiros têm que adoptar, tais como que “a doença é um assunto de família” (Wright, Watson, & Bell, 1996, p. 260), que todos os membros da família são influenciados e influenciam a doença de forma recíproca e que as privilegiadas conversas dos enfermeiros com os doentes e suas famílias, podem contribuir de forma decisiva para curar, diminuir ou aliviar o sofrimento (Frank, 1998; Wright e Cols, 1996).

Da mesma forma que os enfermeiros procuram o conhecimento e habilidades para desenvolver técnicas para os cuidados físicos ao doente, também o devem fazer para desenvolver competências na área de comunicação com o doente e sua família. Terão que reunir um conjunto de conhecimentos que lhes permita adaptar o comportamento e agir de forma assertiva na entrevista com o doente e sua família, e também aplicar competências desenvolvidas com a influencia da sua própria personalidade, da sua história de interações, as quais personalizam a aplicação destas habilidades. (Wright e Leahey, 2002)

A preparação para a entrevista é fundamental, pelo que o enfermeiro terá que ter a noção clara da finalidade da entrevista e a compreensão do contexto familiar. Segundo Wrigt e Leahey (2002) há questões chaves para uma entrevista eficaz, produtiva e bem sucedida, tais como: boas maneiras; conversação terapêutica; genograma; elogiar.

Boas maneiras são atos corteses simples, mas profundos, de respeito e amabilidade, que sempre foram a essência do comportamento social comum e diário. Daí, ser fundamental a apresentação da enfermeira, dando o seu nome completo, explicando o seu papel, mantendo uma atitude honesta com o doente e família e orientado-os para a finalidade da entrevista. Além disso, as boas maneiras têm o efeito de induzir confiança nos membros da família e ainda podemos afirmar que é uma área tão sensível, que pode constituir-se como sinal de qualidade de cuidados na avaliação dos clientes.

A conversação terapêutica está sempre presente na prática de enfermagem. Cada conversação que participamos, de uma forma ou de outra influencia as nossas próprias estruturas biopsicossociais-espirituais e as dos membros da família, independentemente do tempo gasto. A conversação terapêutica é definida pelas perguntas terapêuticas, sendo estas os elementos chave. Os enfermeiros devem pensar em três perguntas chave, baseadas em temas básicos que precisam ser tratados na entrevista, como a partilha de informação, expectativas da hospitalização, desafios, sofrimentos e as preocupações ou problemas mais prementes.

O genograma e o ecomapa, são instrumentos que devem fazer parte da prática de enfermagem para as famílias que serão parte do seu cuidado por mais de 3 dias, de modo a permitir avaliar as áreas-chaves da estrutura e da função interna e externa da família. O

genograma é a apresentação gráfica que ajuda na comunicação com a família e documenta a estrutura da família, de forma simplificada e fácil. O Ecomapa é também uma representação gráfica que documenta o suporte social da família.

Elogiar as forças da família e do indivíduo é uma importante intervenção da enfermagem no momento da entrevista. Numa breve entrevista de 15 minutos, as autoras recomendam que os enfermeiros façam pelo menos dois elogios observados pelos enfermeiros ou a eles relatados, relativos aos recursos, competências e forças da família, tendo a oportunidade de oferecer à família uma nova visão de si mesmo. Assim, com frequência ficam aptos a olhar de modo diferente o seu problema de saúde, e por isso procuram soluções mais eficazes para reduzir algum sofrimento potencial ou real.

Wright e Leahey (2002) consideram que estas questões-chave são um guia orientador para conduzir uma entrevista, que pode durar 15 minutos (ou menos), no entanto devem ser adaptados à experiência do enfermeiro, ao contexto do cuidar e aos objectivos da própria entrevista.

Importa ainda salientar que a Família é importante para os enfermeiros, pois é na família que o indivíduo aprende os comportamentos saudáveis e de risco, as unidades familiares são afectadas quando um ou mais dos membros está doente, assim como a saúde das famílias afecta individualmente cada um dos seus membros (Hanson, 2005). Por isso os enfermeiros devem incentivar e proporcionar ao cuidador o envolvimento nos cuidados hospitalares, no entanto estes devem manifestar vontade reunir condições para tal, de forma a preparar progressivamente a família para o novo estado de saúde e para o acolhimento no domicílio. Esta preparação terá que passar pelo envolvimento e partilha de informação organizada, de forma oral e escrita, de natureza clínica, dos direitos do doente e da respetiva rede de apoios ao doente e família (Moreira, 2001).

Em síntese, é fundamental que os serviços de saúde em geral e os enfermeiros em particular, incluam mais as famílias nos cuidados de saúde. Cada família deve ser apoiada a todos os níveis, ao nível físico, psicológico, emocional, social de acordo com as suas necessidades. Daí ser importante a equipa multiprofissional conhecer a família, nomeadamente o enfermeiro, de forma a ter condições de poder planejar, executar e avaliar intervenções de ajuda eficazes. Para tal é necessário, por um lado que os enfermeiros sejam formados no sentido de se tornarem competentes na avaliação e intervenção nas famílias, implicando alterações nos padrões usuais da prática clínica, e por outro lado que os enfermeiros gestores fomentem contextos de trabalho promotores do trabalho dos enfermeiros com as famílias e para as famílias. Daí decorre, que o papel do enfermeiro gestor na inclusão da família, nomeadamente em contexto hospitalar, é preponderante, atendendo que este é o motor de toda uma liderança, a direção de um rumo que a equipa deve percorrer, sempre na procura da excelência dos cuidados de enfermagem.

PARTE II – TRABALHO DE CAMPO

Os métodos de investigação harmonizam-se com os diferentes fundamentos filosóficos que sustentam as preocupações e as orientações de uma investigação seguindo um paradigma qualitativo ou quantitativo.

O método de investigação quantitativo é um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis, e é baseado na observação de factos objetivos, acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador. Esta abordagem retrata um processo complexo que encaminha para resultados que devem apresentar o menor enviesamento possível. O investigador orienta-se por um processo, que o leva a palmilhar uma série de etapas que vai desde da definição do problema à obtenção dos resultados. O método de investigação quantitativo apresenta como finalidade contribuir para o desenvolvimento e validação de conhecimentos, possibilitando generalizar os resultados, de prever e de controlar os acontecimentos (Fortin, 2009).

Este estudo insere-se no paradigma quantitativo porque visa a generalização à populações alvo dos resultados obtidos com esta amostra. Em investigação quantitativa, trata-se geralmente de obter resultados susceptíveis de serem utilizados no plano prático e de fornecerem melhorias em situações particulares, o que pretendemos fazer com os resultados (Fortin, 2009).

Pretendemos situarmo-nos numa investigação de natureza exploratória e podemos ainda, afirmar que este estudo é descritivo porque descreve um fenómeno ainda mal conhecido neste universo, enquanto situação diagnóstica da formação em serviço tendo como foco a família e próximo de um caso porque o faremos apenas num hospital (Fortin, 2009, p. 215).

As duas grandes facetas da conceptualização de um problema de investigação inserem-se na escolha do domínio de investigação e os elementos necessários á formulação do problema. (Fortin, 2009).

Qualquer investigação tem como ponto de partida uma inquietação, um problema, que causa curiosidade e necessidade de resposta, de explicação, ou pelo menos uma melhor compreensão do fenómeno em causa.

Neste estudo partimos da seguinte questão de investigação: como delinear um programa específico para a formação em serviço, atendendo às especificidades da natureza dos cuidados de Enfermagem à família partindo da percepção dos enfermeiros e ao seu percurso formativo?

Depois de compreender os contornos do problema que pretendemos estudar e para tomar as melhores opções delineamos os seguintes objetivos:

- Descrever as características dos enfermeiros face à formação na área da família;
- Analisar a autopercepção dos enfermeiros acerca dos cuidados à família em contexto hospitalar;
- Identificar as necessidades de formação dos enfermeiros considerando a autopercepção dos cuidados à família em contexto hospitalar;
- Identificar as temáticas a desenvolver na formação em serviço considerando a autopercepção dos enfermeiros face aos cuidados.

Para melhor compreensão do processo metodológico de seguida descreveremos passo a passo cada uma das etapas desenvolvidas e que de uma forma sustentada nos ajudou a prosseguir no estudo

3 – Processo Metodologia

O conhecimento pode ser adquirido de muitas formas, no entanto a aquisição por via da investigação científica é o mais vigoroso e o mais aceitável, uma vez que assenta num processo racional, e é incontestável que é fundamental para o avanço das disciplinas e para o reconhecimento das profissões (Fortin, 2000, p. 23).

A metodologia, é uma ferramenta importante, responsável por grande parte do sucesso da investigação, dado que é orientadora da pesquisa, dependendo do método escolhido, dos processos e das técnicas de análise (Fortin, 2000).

Para compreender melhor o processo de desenvolvimento de seguida apresentamos o fluxograma da pesquisa

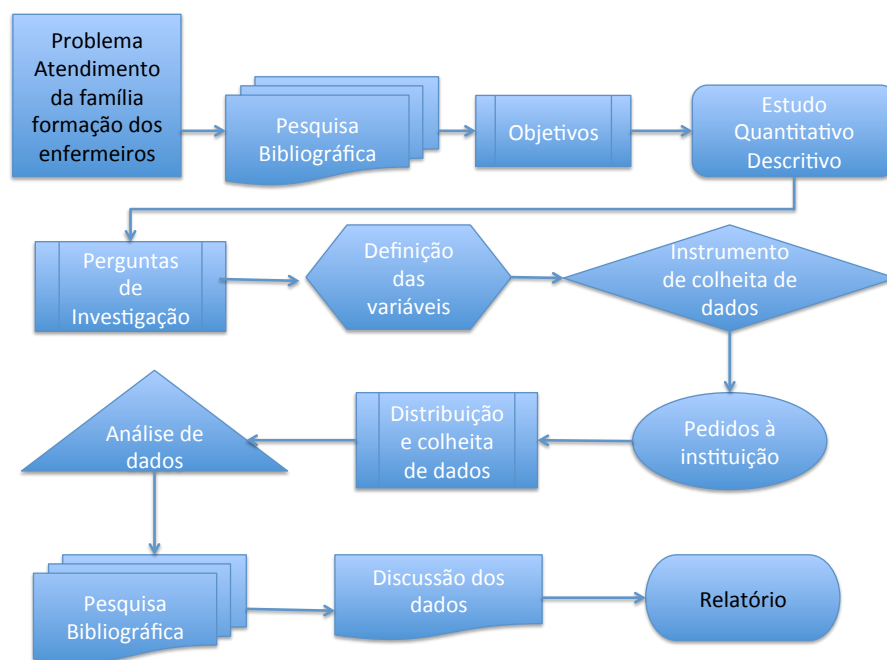


FIGURA Nº 3 – Fluxograma da Investigação

De seguida iremos descrever cada um dos passos iniciando pelas questões de investigação, variáveis do estudo, instrumentos de colheita de dados e procedimentos.

3.1 – Questões De Investigação

As questões de investigação constituem um elemento fundamental no início de uma investigação. São os princípios sobre os quais se apoiam os resultados de investigação, formulado em forma de enunciado interrogativo, escrito no presente que inclui habitualmente uma ou duas variáveis e a população a estudar. (Fortin, 2009)

Para orientar o estudo situamo-nos nas seguintes questões de investigação:

- Que formação detêm os enfermeiros no seu percurso académico e profissional sobre família?
- Que formação continua ou em serviço realizaram os enfermeiros na área da família?
- Será que há diferenças significativas entre os anos de exercício profissional e a formação na área da família?
- Que percepção têm os enfermeiros sobre os cuidados à família em meio hospitalar?
- Que percepção têm os enfermeiros sobre as condições para o atendimento à família?
- Será que há consenso entre os enfermeiros sobre os cuidados à família em meio hospitalar?

Com estas questões pretendemos chegar às conclusões que nos ajudem a delinear a formação em serviço nesta área.

3.2 – Variáveis em Estudo

Uma variável revela uma propriedade, uma qualidade ou uma característica de pessoas, de objetos ou de situações suscetíveis de mudar ou variar no tempo, sendo consideradas unidades de base de investigação. (Fortin, 2009)

Do estudo fazem parte as variáveis que de seguida descrevemos.

QUADRO Nº 1 – Descrição da variável sócio demográfica

Componentes	Dimensões	indicadores
idade		Anos completos
género	Feminino	Sim
	Masculino	Não

Consideramos dentro da variável sociodemográfica os dados mínimos pessoais.

QUADRO Nº 2 – Descrição da variável sócio profissional

Componentes	Dimensões	indicadores
Categoria profissional	Enfermeiro Enfermeiro graduado Enfermeiro graduado com especialidade Enfermeiro especialista Enfermeiro chefe Enfermeiro supervisor	Sim/ Não
Área de especialidade	Enfermagem de reabilitação Enfermagem de saúde infantil e pediatria Enfermagem de saúde materna e obstétrica Enfermagem comunitária Enfermagem de saúde mental e psiquiatria Enfermagem médico cirúrgica	Sim/ Não
Anos na categoria		Anos completos
Anos em contexto hospitalar		Anos completos
Anos no exercício da profissão		Anos completos
Áreas Funcionais	Prestação de cuidados Formação Gestão	Sim /não

Consideramos a variável sócio profissional todas as condições relacionadas com a profissão com as componentes específicas da categoria, especialidade e anos de experiência, bem como as áreas funcionais.

QUADRO Nº 3 – Descrição da variável Formação

Componentes	Dimensões	indicadores
Formação académica	- Unidade curricular durante o curso de enfermagem - Unidade curricular durante a especialidade	Sim /não
Formação académica	- Conteúdo sobre a família disperso pelas várias unidades curriculares no curso de enfermagem - Conteúdo sobre a família disperso pelas várias unidades curriculares no curso de especialidade.	Sim /não
Formação contínua	Ações de formação específicas sobre a família	Sim /não

Entende-se por formação o processo desenvolvido por cada participante, quer no percurso académico, quer no percurso profissional, mas sempre relacionado com o objeto de estudo.

QUADRO Nº 4 – Descrição da variável de autoperceção de cuidados à família

Componentes	Dimensões	Indicadores
Decisão	<p>1 - Informar-me sobre os objetivos do cliente é uma função da minha tomada de decisão clínica;</p> <p>5 - Considero como um fator favorável à minha tomada de decisão clínica o consenso entre o cliente, família e equipe de saúde;</p> <p>8 - Peço aos meus colegas sugestões que possam melhorar a prestação dos cuidados à família;</p> <p>9 - O tempo que disponho para prestar cuidados condiciona a minha tomada de decisões.</p> <p>13 - As opções que tomei com sucesso no passado determinam a minha intervenção em circunstâncias semelhantes;</p> <p>22 - Peço aos meus colegas sugestões que possam melhorar a prestação dos cuidados ao cliente;</p> <p>23 - Considero o bem-estar da família, quando tomo uma decisão clínica;</p> <p>27 - Envolver sempre o meu cliente e família na minha tomada de decisão clínica, ouvindo-os sobre a situação.</p>	<p>- Discordo</p> <p>Totalmente</p> <p>- Discordo</p> <p>- Nem concordo nem discordo</p> <p>- Concordo</p> <p>- Concordo totalmente</p>
Envolvimento	<p>14- Avalio as consequências do internamento do doente no funcionamento da sua família;</p> <p>15- Incluo sempre a família nos cuidados;</p> <p>16 - Reconheço a necessidade da família participar no processo de tomada de decisão;</p> <p>17 - Analiso com a família a assistência no auto cuidado para facilitar a tomada de decisão.</p>	<p>- Discordo</p> <p>Totalmente</p> <p>- Discordo</p> <p>- Nem concordo nem discordo</p> <p>- Concordo</p> <p>- Concordo totalmente</p>

Prestação de cuidados	<p>2 - Incluo sempre a família como fonte de informação;</p> <p>19 - Avalio as intervenções desenvolvidas na família;</p> <p>20 - Recrio os cuidados tendo em conta os desejos da família;</p> <p>21 - Considero os desejos da família mantendo os níveis de segurança;</p> <p>29 - Os valores culturais e crenças da família são secundários na implementação dos cuidados;</p> <p>31 - Explico as desvantagens de cada uma das opções de cuidados à família;</p> <p>38 - Explico as vantagens de cada uma das opções de cuidados à família;</p> <p>39 - Verifico se a família compreendeu a informação;</p> <p>42 - Dou sempre oportunidade à família de me questionar sobre o processo de assistência;</p> <p>46 - Questiono como o doente vê o seu processo de doença nas implicações da vida familiar;</p> <p>37 - Disponibilizo tempo para ouvir as preocupações da família;</p>	<p>- Discordo</p> <p>Totalmente</p> <p>- Discordo</p> <p>- Nem concordo nem discordo</p> <p>- Concordo</p> <p>- Concordo totalmente</p>
Conceção de cuidados	<p>6 - Quando os familiares são problemáticos eu desenvolvo intervenções específicas dirigidas à sua inclusão nos cuidados ao doente;</p> <p>10 - Os fatores situacionais do doente “no momento presente” é que determinam a minha compreensão e a minha tomada de decisão dos cuidados a prestar;</p> <p>11 - Considero os objectivos do doente nas minhas opções de cuidados;</p> <p>25 - Evito falar com a família porque a quero proteger do sofrimento;</p> <p>28 - Tenho em conta os conhecimentos da família para explicar as diferentes opções na gestão da doença;</p> <p>30 - Exploro as preocupações da cliente sobre a doença;</p> <p>45 - Recorro à pesquisa para sustentar a minha prática de cuidados à família;</p> <p>47 - Exploro as expectativas da família sobre doença;</p> <p>48 - A compreensão da doença pela família ajuda-me na assistência ao doente;</p> <p>49 - Questiono como o doente e a família interagem antes da hospitalização;</p>	<p>- Discordo</p> <p>Totalmente</p> <p>- Discordo</p> <p>- Nem concordo nem discordo</p> <p>- Concordo</p> <p>- Concordo totalmente</p>

Gestão e organização dos serviços	<p>7 - Os profissionais do meu serviço consideram que a família prejudica à família;</p> <p>33 - Os espaços de assistência no serviço têm condições físicas, para incluir a família nos cuidados;</p> <p>34 - As condições físicas do serviço garantem a intimidade entre o doente e família;</p> <p>35 - O serviço tem espaço próprio para atender a família;</p> <p>40 - Os profissionais do meu serviço estão sensíveis à intervenção na família;</p> <p>41 - A equipa multidisciplinar discute as intervenções desenvolvidas à família;</p> <p>43 - No meu local de trabalho o gestor preocupa-se com a inclusão da família nos cuidados;</p> <p>44 - Discuto nas passagens de turno a inclusão da família nos cuidados;</p>	<p>- Discordo Totalmente</p> <p>- Discordo</p> <p>- Nem concordo nem discordo</p> <p>- Concordo</p> <p>- Concordo totalmente</p>
Satisfação	<p>12 - Sinto-me satisfeito com a minha profissão porque posso apoiar a família;</p> <p>18 - A família valoriza o meu trabalho;</p> <p>32 - Sou reconhecido pelos meus pares pela atenção que dou à família;</p> <p>50 - A família reconhece-me pela atenção que lhes dispenso;</p> <p>51 - A família valoriza o meu trabalho;</p> <p>52 - Protejo-me do contato da família porque não sei como a abordar;</p>	<p>- Discordo Totalmente</p> <p>- Discordo</p> <p>- Nem concordo nem discordo</p> <p>- Concordo</p> <p>- Concordo totalmente</p>

Esta variável teve por base o instrumento utilizado e as componentes foram criadas teoricamente. Entende-se por autopercepção de cuidados à família a percepção que os enfermeiros possuem e expressam, tendo em consideração a influencia da família na tomada de decisão para os cuidados, a gestão que desenvolvem e a sustentabilidade na organização dos serviços, envolvimento da família na forma como prestam os cuidados, parceria que desenvolvem com a família na prestação de cuidados, a satisfação que manifestam em relação á sua profissão, o suporte proporcionado á família bem como a concepção que têm sobre os cuidados.

A componente decisão relaciona-se com as condicionantes que influenciam a tomada de decisão dos enfermeiros, nomeadamente a informação que obtêm junto do doente e da família, a influência das experiências anteriores para a prática presente, a avaliação do bem

estar da família e o tempo que dispõem para as prestação de cuidados como condicionante para a tomada de decisão.

A componente gestão e organização dos serviços relaciona-se com as práticas de gestão e organização, nomeadamente a relação do espaço físico com o respeito pela intimidade do doente e família e como condição para a prática de cuidados, a preocupação dos profissionais de saúde para com a família e a sua integração na prática diária.

A componente envolvimento refere-se à inclusão da família nos cuidados de enfermagem e ao reconhecimento da necessidade da família participar na tomada de decisão.

A componente prestação de cuidados refere-se à prática de cuidados dos enfermeiros com a família e para a família, nomeadamente no que diz respeito à inclusão da família, a informação fornecida, e às implicações da prática de cuidados na dinâmica familiar.

A componente satisfação refere-se à satisfação dos enfermeiros com a sua profissão por poder apoiar a família, por ser valorizado pela família e reconhecido pelos seus pares, pelo trabalho desenvolvido junto da família.

A componente suporte refere-se ao papel dos enfermeiros em ajudar a família a reconhecer os seus recursos e os da comunidade de forma a dar resposta às necessidades do doente e da família, bem como compreender as respostas emocionais à doença.

A componente conceção de cuidados refere-se aos aspetos que determinam as intervenções dos enfermeiros na família, nomeadamente ter em consideração os objectivos do doente e família, a análise das preocupações e expectativas do doente e família, a forma como a família interagia antes da hospitalização como condicionantes na tomada de decisão.

QUADRO Nº 5 – Descrição da variável de local de trabalho

Componentes	Dimensões	Indicadores
Departamento	Cirúrgico	Sim ou não
	Médico	
	Emergência	
	Da mulher e da criança	

Entende-se por local de trabalho, a área de prestação de cuidados, nomeadamente o departamento cirúrgico serviços de internamento de cirurgia, otorrinolaringologia, cirurgia vascular, o departamento médico, o serviço de internamento de medicina interna, pneumologia e neurologia, o departamento de emergência, a unidade de cuidados intensivos polivalentes e finalmente o departamento da mulher e da criança, os serviços de internamento de pediatria, obstetrícia e neonatologia.

3.3 – Instrumento de Colheita de Dados

É da responsabilidade do investigador definir o tipo de instrumento que mais lhe convém para atingir os objectivos do estudo, o que mais se adequa para dar resposta à questão de investigação, e às próprias características da amostra e ao tempo que dispõe para a realização do estudo (Polit, Beck e Hungler, 2004).

A escolha da metodologia de colheita de dados também se baseia em função das variáveis e da estratégia de análise prevista (Fortin, 2009). Assim, dada a natureza do nosso estudo a opção metodológica na colheita de dados, recaiu sobre o questionário por considerarmos ser o mais adequado para atingir os objetivos que nos propusemos.

O questionário é um dos métodos de colheita de dados que necessita de respostas escritas a um conjunto de questões por parte dos sujeitos. Traduz os objetivos de um estudo com variáveis mensuráveis, permitindo organizar, normalizar e a controlar os dados de tal forma que as informações procuradas possam ser colhidas de uma maneira rigorosa. É um *“instrumento de medida que traduz os objetos de um estudo com variáveis mensuráveis... e permite colher informação junto dos participantes relativos aos factos, aos comportamentos, às preferências, os sentimentos, às expectativas e às atitudes”*(Fortin,2003, p.245).O questionário não possibilita conhecer tão profundamente o fenómeno pretendido, tal como o métodos da entrevista, no entanto, permite um melhor controlo de enviesamentos (Fortin, 2003).

Neste estudo, foi utilizado um questionário de autopreenchimento de questões fechadas, dicotómicas e de ordenação, constituído por uma primeira parte com a caracterização sociodemográfica e a segunda parte com uma escala construída pelo grupo de professores pertencentes ao projeto da ESEP “Enfermagem e famílias, práticas dos enfermeiros em unidades de internamento” (Anexo I).

O questionário é constituído por 6 páginas, na primeira página consta o título do trabalho, a identificação da Instituição de ensino, do curso, do investigador, do Orientador e Co-orientador, a segunda página apresenta uma nota introdutória sobre a pesquisa, os objectivos da mesma, o pedido de colaboração e o compromisso de anonimato, a terceira e quarta página recolhe os dados biográficos e o perfil profissional e de formação com um total de 12 questões fechadas, na quinta e sexta página consta um conjunto de 55 afirmações pertencentes à escala de avaliação da autopercepção dos cuidados à família em contexto hospitalar, sendo que para cada afirmação o participante pode escolher entre discordo totalmente a concordo totalmente.

Foi efetuado um pré-teste de natureza linguística, a uma amostra de 10 pessoas, de forma a verificar a sua eficácia e compreensão, não tendo sido efetuadas correções e tendo sido o tempo médio de preenchimento de 10 minutos.

O comportamento de escala nesta amostra, considerando o total dos itens, foi de 0.899 alpha de Cronbach's, sendo na escala de origem de 0.888 por informação dos autores¹.

3. 4 – Universo e Amostra

A amostra é uma porção de uma população sobre a qual se faz uma investigação e “deve ser representativa desta população, isto é, que certas características conhecidas desta população devem estar presentes em todos os elementos da População.” (Fortin, 2006, p. 312) A amostra deste estudo, foi recolhida pelo método de amostragem não probabilístico, “*por ter sido escolhido ao acaso um certo número de indivíduos*”. (Fortin, 2006, p. 315)

O estudo realizou-se num centro hospitalar do Vale do Ave, a enfermeiros da prestação de cuidados em contexto de internamento, durante o mês de Outubro de 2013.

Os critérios de inclusão para este estudo foram:

- ser enfermeiro em contexto de internamento hospitalar; estar ao serviço no tempo planeado para a colheita de dados; aceitar participar livremente.

Fizerem parte da amostra 209 enfermeiros, representando 69,7% do universo dos enfermeiros do Centro Hospitalar, em serviços de internamento.

Da amostra em estudo, o género feminino foi o mais representativo, sendo distribuída por 172 enfermeiras e 36 enfermeiros, sendo 82,3% e 17,2% da amostra, respetivamente, conforme seguinte tabela.

Tabela nº 1 - Distribuição da amostra por sexo

	Frequência	Percentagem
Feminino	173	82,8
Masculino	36	17,2
Total	209	100,0

¹Este trabalho contribui como uma parte da amostra da validação da escala original a qual aguarda publicação.

No que diz respeito ao sexo, a amostra é representativa da realidade nacional, dado que, segundo os dados da Ordem dos enfermeiros, atualizados em 31 de dezembro de 2013, o total dos enfermeiros ativos são 65872, sendo 81,6% do sexo feminino (53814) e 18,3% do sexo masculino (12058).

A distribuição da amostra, no que diz respeito à idade, é dominante nas idades entre os 30 e os 39, com 87 enfermeiros (41,6%) seguido das idades entre os 40 e os 49 anos com 65 enfermeiros (31,1%) e 20 a 29 (18,7%) conforme mostra a tabela seguinte:

Tabela nº 2 - Distribuição da amostra de acordo com a idade

Classes	Frequência	Percentagem
20 aos 29	39	18,7
30 aos 39	87	41,6
40 aos 49	65	31,1
50 aos 59	18	8,6
Total	209	100

A idade média dos participantes é de 37,7 anos, variando as idades entre os 27 e os 59 anos, a mediana de 36 anos e a moda de 29 e o desvio padrão de 8.138, sendo a idade mais representativa da amostra a classe entre os trinta e trinta e nove anos.

Em síntese o perfil dos enfermeiros da amostra caracteriza-se como mulheres com idade compreendidas entre os 30 aos 39 anos.

3.5- Garantias Éticas de Procedimento de Colheitas de Dados

Qualquer investigação desenvolvida junto de pessoas levanta questões morais e éticas. O respeito e proteção do direito da pessoa nunca pode ser ultrapassado. Corroboro com a afirmação de Fortin (2000, p.114) que a ética é a “ciência da moral e arte de dirigir a conduta... o conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta”.

Sabemos que quase todo o trabalho de investigação relacionado com as ciências humanas acarreta dilemas éticos e morais e que em certas situações podem entrar em conflito com o rigor da investigação. No nosso estudo, foram preservados os direitos fundamentais dos inquiridos. A aplicação do questionário foi feita após parecer favorável da comissão de ética do hospital onde foi realizado o estudo incluído num projeto mais alargado do Núcleo de Investigação em Enfermagem e famílias do Porto da Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Em investigação é importante proteger os direitos e liberdade dos inquiridos. Portanto, para a realização da investigação, tivemos em consideração todas as precauções formais e éticas. Para Fortin (1999) os (...) cinco princípios ou direitos fundamentais aplicáveis aos seres humanos, foram determinados pelos códigos de ética: o direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, o direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo, e, por fim, o direito a um tratamento justo e legal, nem todos estes direitos são aplicáveis nesta investigação contudo é importante refletir sobre os mesmos neste contexto:

- Direito à autodeterminação: *“(...) baseia-se no princípio ético do respeito pelas pessoas, segundo o qual qualquer pessoa é capaz de decidir por ela própria e tomar conta do seu próprio destino”* (Fortin, 1999, p. 116). A participação dos enfermeiros neste estudo foi voluntária e não foi utilizado nenhum meio para influenciar a sua decisão. Foi explicado ao inquirido que poderia deixar de participar no estudo a qualquer momento. Todo o material recolhido foi utilizado apenas para os fins acordados e não outros;

- Direito à intimidade: *“(...) faz referência à liberdade da pessoa decidir sobre a extensão da informação a dar ao participar numa investigação e a determinar em que medida aceita partilhar informações íntimas e privadas”* (Fortin, 1999, p. 116). Cada enfermeiro teve a liberdade de decidir sobre a dimensão da informação a fornecer no questionário. Teve também direito ao anonimato ao longo da investigação, bem como na divulgação de resultados;

O direito à confidencialidade: segundo este direito, *“(...) os resultados devem ser apresentados de tal forma que nenhum dos participantes do estudo possa ser reconhecido nem pelo investigador nem pelo leitor do relatório de investigação”* (Fortin, 1999, p. 117). Todos os dados relativos a este estudo serão mantidos sob sigilo. Em nenhum tipo de relatório ou de publicação que, eventualmente, se venha a produzir, será incluído qualquer tipo de informação que possa conduzir à identificação dos intervenientes. Após a conclusão do estudo, todos os dados relativos aos intervenientes, e que possam conduzir à sua identificação, serão destruídos;

O direito à proteção contra o desconforto e prejuízo: este direito *“(...) corresponde às regras de proteção da pessoa contra inconvenientes susceptíveis de lhe fazerem mal ou a prejudicarem”* (Fortin, 1999, p. 118). Não estão previstos quaisquer riscos para os participantes do estudo considerando que cada enfermeiro respondeu ao questionário no espaço, local e tempo escolhido por ele;

O direito a um tratamento justo e legal: *“(...) refere-se ao direito de ser informado sobre a natureza, o fim e a duração da investigação, para a qual é solicitado a participação da pessoa (...)”* (Fortin, 1999, p.119). Assim sendo, informaram-se os enfermeiros sobre as finalidades e os objectivos do estudo, considerando-se não existir riscos para os enfermeiros.

No presente estudo pretendeu-se respeitar de forma absoluta os direitos descritos, desde a seleção dos participantes na amostra, até à apresentação e discussão dos resultados. Os aspectos deontológicos inerentes à própria profissão de Enfermagem (onde se incluiu a investigação) enquanto profissão que se autorregula quer pelo Código Deontológico como pelo Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, conhecido por REPE, também, foram respeitados.

Foi solicitada autorização para a realização do estudo na referida instituição através de um pedido formal dirigido ao Presidente do conselho de administração seguindo as normas da instituição, finalizando o parecer favorável (anexo II).

O estudo foi efetuado durante o mês de outubro de 2013 num centro hospitalar do Vale do Ave. Os questionários foram entregues dia 1 de outubro, aos enfermeiros gestores em envelopes individuais, e este entregou a cada enfermeiro do seu serviço. Foram entregues tantos questionários, quanto o número de enfermeiros por serviço de internamento. O consentimento para o seu preenchimento foi tácito, considerando que só responderam os enfermeiros que aceitaram fazê-lo.

No dia 31 de outubro o enfermeiro gestor recolheu juntos dos enfermeiros os questionários preenchidos e no dia 1 de novembro foram recolhidos todos os envelopes nos serviços envolvidos.

Depois de colhidos todos os questionários foram numerados e seguidamente introduzidos os dados no programa SPSS (20). Os questionários serão guardados até à defesa do trabalho, sendo que no final serão destruídos de forma a garantir que não haja mais acesso a estes dados.

PARTE III – DAS CONDIÇÕES DOS PROFISSIONAIS À AUTOPERCEPÇÃO DOS CUIDADOS À FAMÍLIA

Depois de fazer o percurso da revisão bibliográfica e expressado de forma explícita o percurso da investigação, decorrida a experiência de estar no campo a recolher dados com as dificuldades inerentes aos processos, que muitas vezes, não dependem do investigador mas das instituições onde nos focamos para obter matéria de análise de investigação, passamos agora à descrição dos dados que conferem o corpo da pesquisa.

Na lógica que organizou o nosso pensamento metodológico, partindo das questões de investigação, iremos apresentar os dados de forma descritiva como planeamos, tendo em conta a natureza do estudo, passando por apresentar a formação sobre a família que os enfermeiros expressam no seu percurso académico e profissional; a formação contínua ou em serviço que realizaram os enfermeiros nesta área; a percepção que têm os Enfermeiros sobre as condições para o atendimento à família e as diferenças entre os anos de exercício profissional e a formação na área da família. Posteriormente iremos relacionar os dados obtidos com a literatura para de seguida apresentarmos as conclusões do estudo.

Neste capítulo teremos todos os dados que contribuem para as conclusões do estudo, e é nossa intenção deixar para a organização onde se realizou a colheita de dados, um roteiro claro das necessidades de formação de forma a garantir um percurso formativo, onde a enfermagem recentra a sua intervenção na pessoa como parte integrante da família. Exploramos uma visão de aproximação ao Modelo de Calgary, num olhar privilegiado de gerir a formação como processo integrante da gestão em enfermagem.

4 – Resultados do Trabalho de Campo

Os dados resultantes dos questionários nesta fase serão apresentados seguindo o agrupamento das variáveis que decidimos apresentar na parte metodológica.

Iniciaremos pela temática das condições profissionais, onde incorporamos as variáveis: sócio profissional, formação e local de trabalho. Num segundo momento apresentamos a autopercepção de cuidados à família.

4. 1 - Condições Profissionais

Das condições profissionais fazem parte os dados resultantes da categoria profissional, áreas de especialidade, tempo de serviços na categoria, e no contexto hospitalar e as áreas funcionais e de formação.

A Amostra dividiu-se com uma representação por áreas funcionais, sendo da prestação de cuidados 197 (94,3%) enfermeiros, 11 (5,3%) enfermeiros na gestão e 1 (0,5%) enfermeiro na formação, conforme tabela seguinte.

Tabela nº 3 - Áreas funcionais onde os enfermeiros desempenham funções

	Frequência	Percentagem
Prestação de cuidados	197	94,3
Formação	1	0,5
Gestão	11	5,3
Total	209	100,0

Podemos assim verificar que a maioria da amostra desempenham funções na prestação de cuidados, contudo embora 5,3 % seja da gestão isto corresponde a 91,6 % dos enfermeiros que estão em funções de chefia dos serviços de internamento.

A representação da amostra identifica-se com a estrutura da carreira anterior (Decreto Lei 437/91 de 8 de dezembro) pelo que a categoria profissional, da nossa amostra distribui-se em 84 (40,2%) enfermeiros, 73 (34,9%) enfermeiros graduados, 35 enfermeiros graduados com a especialidade, 9 enfermeiros especialistas e 8 enfermeiros chefes.

Tabela nº 4 - Distribuição da amostra por categoria profissional

	Frequência	Percentagem
Enfermeiro	84	40,2
Enfermeiro graduado	73	34,9
Enfermeiro graduado com especialidade	35	16,7
Enfermeiro especialista	9	4,3
Enfermeiro chefe	8	3,8
Total	209	100,0

Podemos verificar que 85,1% da amostra são enfermeiros e enfermeiros graduados o que na atual carreira(Decreto-Lei nº 247/2009 de 22 de setembro) corresponde à categoria de Enfermeiro.

Tabela nº 5 - Distribuição da amostra por área de especialidade

	Frequência	Percentagem
Reabilitação	23	11,0
Médico Cirúrgica	6	2,9
Comunidade	1	,5
Psiquiatria	1	,5
Obstetrícia	17	8,1
Pediatria	11	5,3
Total	59	28,2

Em Portugal, cabe à Ordem dos Enfermeiros a atribuição do título profissional de enfermeiro especialista nas seis especialidades que são até à data reconhecidas por este Órgão. A atribuição deste título implica que o enfermeiro seja titular de um Curso, cujo plano de estudos esteja aprovado por portaria do Ministério da Educação e Ciência, e tenha obtido parecer prévio da Ordem dos Enfermeiros relativamente “à adequação para a prestação de cuidados especializados” (de acordo com o Art. 7º do Regulamento Geral dos Cursos de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem). Só através deste título, será possível a um enfermeiro o exercício de cuidados de enfermagem especializados numa determinada área clínica.

Em Portugal há na atualidade seis especialidades aprovadas pela Ordem dos Enfermeiros todas elas representadas na nossa amostra e respetivamente da seguinte forma: 23 (11%) enfermeiros especialistas de enfermagem de reabilitação; 17 (8,1%) enfermeiros especialistas de enfermagem de saúde materna e obstétrica (8,1%); 11 (5,3%) enfermeiros especialistas de enfermagem de saúde infantil e pediátrica; 6 (2,9%) enfermeiros especialista de enfermagem médico-cirúrgica, 1 (0,5%) enfermeiro especialista de enfermagem de saúde mental e psiquiatria; 1 (0,5%) enfermeiro especialista de enfermagem comunitária. Assim, na

nossa amostra a representação dos enfermeiros especialistas é de 28,2%.

Podemos ainda afirmar, que considerando apenas o grupo dos enfermeiros especialistas, que os 11% da especialidade de reabilitação correspondem 39% do total dos enfermeiros especialistas e os 8,1% com a especialidade de Saúde Materna e Obstétrica são mais de um quarto (28,8%) do total dos especialistas.

Sobre o tempo no exercício profissional a amostra distribui-se na classe dos 1 aos 9 anos com 85 (40,7%) enfermeiros, dos 10 aos 19 anos com 86 (41,1%), dos 20 aos 29 anos com 30 (14,4%) enfermeiros, e finalmente dos 30 aos 39 anos com 5(2,4%) enfermeiros, conforme tabela seguinte:

Tabela nº 6 - Tempo no exercício profissional

	Frequência	Porcentagem
1 a 9	85	40,7
10 a 19	86	41,1
20 a 29	30	14,4
30 a 39	5	2,4
Total	206	98,6
Missing	3	1,4
Total	209	100,0

Por sua vez o tempo no exercício profissional apresenta-se num intervalo entre os 3 anos e os 37 anos, sendo a média 15,09 anos, com um desvio padrão de 8,216, há de salientar que 3 enfermeiros não responderam.

Relativamente ao tempo no exercício profissional em contexto hospitalar a nossa amostra distribui-se nas classes entre os 1 e 9 anos com 68 (32,5%), dos 10 aos 19 anos com 77 (36,8%), dos 20 aos 29 anos com 52 (24,9%) e finalmente dos 30 aos 39 anos com 12 (5,7%) enfermeiros, conforme tabela seguinte:

Tabela nº 7 - Tempo no exercício profissional em contexto hospitalar

	Frequência	Porcentagem
1 a 9	68	32,5
10 a 19	77	36,8
20 a 29	52	24,9
30 a 39	12	5,7
Total	209	100,0

O tempo mínimo no exercício profissional em contexto hospitalar é de 2 anos, o tempo máximo é de 37 anos, a média é de 12,11 anos e o desvio padrão é 6,84.

O Centro Hospitalar onde o estudo foi efetuado, apresenta uma organização funcional por áreas. Na Área da Mulher e da Criança, estão incluídos os serviços de

Pediatria/Neonatologia, Obstetrícia e Ginecologia. Na Área Médica estão incluídos os serviços de Medicina, Pneumologia e Neurologia. Na Área de emergência a Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) e urgência. Na Área cirúrgica as diversas especialidades cirúrgicas, como a Cirurgia Geral, Otorrinolaringologia (ORL), Cirurgia Vascular (CV) e Ortopedia. Foram incluídos no nosso estudo os serviços com internamento, por se considerar que os enfermeiros apresentam um contacto mais efetivo com as famílias.

Tabela nº 8- Distribuição da amostra por área

	Frequência	Percentagem
Área da Mulher e da Criança	58	27,7
Área médica	73	34,9
Área de emergência	16	7,7
Área cirúrgica	62	29,7
Total	209	100,0

A área médica é a mais representativa com 73 enfermeiros (34,9%), seguindo-se a cirúrgica com 62 enfermeiros (29,7%), a área de internamento da mulher e da criança com 58 enfermeiros (27,7%) e finalmente a área de urgência e emergência com 16 enfermeiros (7,7%).

A formação em família, remete-nos para uma reflexão importante e significativa, apenas 91(43,5%) dos enfermeiros efetuou formação, para além da formação académica, sendo esta última, a única via de formação em 110 (52,6%) enfermeiros.

Tabela nº 9 - Contexto da formação em família

	Frequência	Percentagem
Académico	110	52,6
Continua	91	43,5
Missing	8	3,8
Total	201	96,2

Afim de nos centrarmos no núcleo do nosso problema passamos a apresentar os dados sobre a formação formal sobre o tema família e assim, 70,3% (147) dos enfermeiros não frequentam ações de formação sobre família, e que apenas 53 (25,4%) dos enfermeiros referem ter frequentado ações de formação com menos de 6 horas.

Tabela nº 10 – Frequência de ações de formação sobre família com menos de 6 horas

	Frequência	Percentagem
SIM	53	25,4%
NÃO	147	70,3%
Missing	9	4,3%
Total	209	100%

Tabela Nº 11- A Formação académica obteve algum conteúdo nas várias disciplinas

	Frequência	Percentagem
SIM	173	82,7%
NÃO	34	16,3%
Missing	2	1,0%
Total	209	100%

De referir também, que 173 (82,7%) enfermeiros obteve formação com conteúdo em família dispersa pelas várias disciplinas, durante o período académica.

Tabela nº 12 - Frequência de ações de formação família

	Frequência	Percentagem
Sim	53	25,4
Não	147	70,3
Missing	9	4,3
Total	200	95,7

Podemos verificar que 25,4 (53%) dos enfermeiros frequentaram e 147(70,3%) dos enfermeiros não frequentaram ações de formação sobre a família. Podemos então dizer que quase ¾ dos enfermeiros da amostra não frequentaram ações de formação sobre a família.

Para perceber o tipo de critérios a atender para a formação na área da família iremos cruzar esta variável com as áreas onde exercem a sua atividade.

Tabela nº 13 – Relação entre as áreas de prestação de serviço e a frequência de ações de formação em família

Áreas de prestação de serviços	Frequência de ações de formação		Total
	Sim	Não	
Área da Mulher e da Criança	17	41	58
Área médica	12	59	71
Área de emergência	4	6	10
Área cirúrgica	21	40	61
Total	54	146	200

Da análise da tabela de dupla entrada retirando os missing, verificamos que da amostra apenas 200 podem integrar esta análise, sendo que 146 são o grupo de enfermeiros que não frequentou ações de formação na área da família representando, 69,8% da amostra e distribuídos por: 41 para a área da Mulher e da Criança; 59 para a área médica; 6 para a área da emergência e 40 para a área cirúrgica.

Aprofundando as características dos enfermeiros para a organização da formação,

verificamos ainda que dos enfermeiros especialistas podem também ter alguma especificidade a atender verificando-se:

Tabela nº 14 - Relação das áreas de especialidade e a frequência de ações de formação em família.

Áreas de especialidade	Frequência de ações de formação		Total
	Sim	Não	
Enfermagem de Reabilitação	6	16	22
Enfermagem Médico Cirúrgica	2	4	6
Enfermagem da Comunidade	0	1	1
Enfermagem de Saúde mental e Psiquiatria	1	0	1
Enfermagem de Saúde materna e Obstétrica	6	11	17
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria	4	7	11
Total	19	39	58

Embora não haja diferenças significativas verificamos que nos 58 especialistas que responderam ao questionário, 39 não frequentaram ações de formação em família, distribuindo-se por 16 na Enfermagem de Reabilitação, 4 Enfermagem Médico Cirúrgica, 1 Enfermagem da Comunidade, 11 Enfermagem de Saúde materna e Obstétrica, 7 Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

Tabela nº 15 - Relação do tempo no exercício profissional e a frequência de ações de formação

Ações de formação em família	Tempo de serviço por classes				Porcentagem
	1 aos 9	10 aos 19	20 aos 29	30 aos 39	
SIM	15	24	11	3	53
NÃO	68	58	16	2	144
TOTAL	83	82	27	5	197

Verificamos que os enfermeiros com tempo de serviço entre os 10 e os 19 anos apresentam maior frequência de ações de formação sobre a família, no entanto fazendo a análise com recurso a testes não paramétricos verificamos que não é significativa as diferenças atendendo a que o chi-quadrado se apresenta de 0,030, contudo podemos também dizer os enfermeiros que têm entre 1 e 9 anos são os que menos formação têm sobre a família.

Verifica-se assim, que a relação entre o tempo de serviço e a frequência das ações de formação não apresenta relação significativa.

Em Síntese, a nossa amostra é maioritariamente enfermeiros na prestação de cuidados em média com 12 anos de exercício profissional, e maioritariamente originária de serviços de adultos. É evidente, que a formação sobre família é necessária para a amostra em estudo, considerando que quase $\frac{3}{4}$ dos enfermeiros não têm formação na área. Dos dados podemos ainda orientar que os critérios a atender para a formação são: ter menos tempo de serviço, trabalhar em serviços de internamento, prestar cuidados de enfermagem aos doentes

internados.

4.2 - Autopercepção dos Cuidados à Família em Contexto Hospitalar

A autopercepção dos enfermeiros sobre a inclusão da família em contexto hospitalar foi encontrada teoricamente e recolhida através de um conjunto de questões elaboradas pelo grupo de investigação do projeto da ESEP **“Enfermagem e famílias, práticas dos enfermeiros em unidades de internamento”**.

Tabela nº 16 - Informar-me sobre os objetivos do cliente é uma função da minha tomada de decisão clínica

	Frequência	Percentagem
Discordo	2	1,0
Nem concordo nem discordo	27	12,9
Concordo	113	54,1
Concordo totalmente	61	29,2
Total	203	97,1
Missing	6	2,9
Total	209	100,0

Relativamente à informação sobre os objetivos do cliente ser uma função da tomada de decisão clínica, 113 (54,1 %) enfermeiros concordam, 61 (29,2%) concorda totalmente, 27 (12,9%) nem concorda nem discorda e 2 (1%) discorda.

Tabela nº 17- Incluo sempre a família como fonte de informação

	Frequência	Percentagem
Discordo totalmente	2	1,0
Discordo	4	1,9
Nem concordo nem discordo	12	5,7
Concordo	97	46,4
Concordo totalmente	94	45,0
Total	209	100,0

Para 97(46,4%) dos participantes concorda e 94 (45%) concorda totalmente que a família deve ser incluída na fonte de informação, 12 (5,7%) nem concorda nem discorda, 4(1,9%) discorda e finalmente 2 (1,%) discorda totalmente.

Tabela nº 18 - Avalio se os objetivos do doente e família são comuns para tomar decisões mais favoráveis no processo de cuidados.

	Frequência	Percentagem
Discordo	3	1,4
Nem concordo nem discordo	34	16,3
Concordo	122	58,4
Concordo totalmente	41	19,6
Total	200	95,7
Missing	9	4,3
Total	209	100,0

Na pergunta “Avalio se os objetivos do doente e família são comuns para tomar decisões mais favoráveis no processo de cuidados” 122 participantes (58,4%) concorda e 41 (19,6%) concorda totalmente, 34(16,3%) nem concorda nem discorda e finalmente 3 (1.4%) discordam.

Tabela nº 19 - A equipa multidisciplinar discute os problemas da família face ao seu familiar internado.

	Frequência	Percentagem
Discordo totalmente	7	3,3
Discordo	31	14,8
Nem concordo nem discordo	47	22,5
Concordo	95	45,5
Concordo totalmente	27	12,9
Total	207	99,0
Missing	2	1,0
Total	209	100,0

Relativamente à discussão na equipa multiprofissional os problemas da família face ao familiar internado, 95 (45,5%) enfermeiros concordam, 27 (12,9%) concordam totalmente, 47 (22,5%) nem concorda nem discorda, 31 (14,8%) discordam e finalmente 7 (3.3%) discordam totalmente.

Tabela nº 20 - Considero como um fator favorável à minha tomada de decisão clínica o consenso entre o cliente, família e equipe de saúde.

	Frequência	Percentagem
Discordo totalmente	1	,5
Discordo	3	1,4
Nem concordo nem discordo	34	16,3
Concordo	105	50,2
Concordo totalmente	65	31,1
Total	208	99,5
Missing	1	,5
Total	209	100,0

Relativamente à questão “considero como um fator favorável à minha tomada de decisão clínica o consenso entre o cliente, família e equipe de saúde”, 105 (50,2%) enfermeiros concorda, 65 (31,1%) concorda totalmente, 34 (16,3%) enfermeiros nem concorda nem discorda, 3 (1,4%) discordam e finalmente 1 (0,5%) discorda totalmente.

Tabela nº 21 - Quando os familiares são problemáticos eu desenvolvo intervenções específicas dirigidas à sua inclusão nos cuidados ao doente.

	Frequência	Porcentagem
Discordo totalmente	1	,5
Discordo	13	6,2
Nem concordo nem discordo	53	25,4
Concordo	117	56,0
Concordo totalmente	25	12,0
Total	209	100,0

Da questão “Quando os familiares são problemáticos eu desenvolvo intervenções específicas dirigidas à sua inclusão nos cuidados ao doente” , 117 (56%) dos enfermeiros concorda, 25 (12%) concorda totalmente, 53 (25,4%) nem concorda nem discorda, 13 (6,2%) discordam e finalmente 1 (0,5%) discordam totalmente.

Tabela nº 22 - Os profissionais do meu serviço consideram que a família prejudica à família

	Frequência	Porcentagem
Discordo totalmente	44	21,1
Discordo	44	21,1
Nem concordo nem discordo	72	34,4
Concordo	26	12,4
Concordo totalmente	7	3,3
Total	193	92,3
Missing	16	7,7
Total	209	100,0

Relativamente à questão “Os profissionais do meu serviço consideram que a família prejudica à família”, 72 (34,4%) enfermeiros nem concordam nem discordam, 44 (21,1%) enfermeiros discordam, 44 (21,1%) discordam totalmente, 26 (12,4%) concordam e 7 (3,3%) enfermeiros concordam totalmente.

Tabela nº 23 - Peço aos meus colegas sugestões que possam melhorar a prestação dos cuidados à família

	Frequência	Percentagem
Discordo totalmente	1	,5
Discordo	5	2,4
Nem concordo nem Discordo	31	14,8
Concordo	133	63,6
Concordo totalmente	38	18,2
Total	208	99,5
Missing	1	,5
Total	209	100,0

Da questão “peço aos meus colegas sugestões que possam melhorar a prestação dos cuidados à família” 133 (63,6%) enfermeiros concordam, 38 (18,2%) concordam totalmente, 31 (14,8%) nem concordam nem discordam, 5 (2,4%) discordam e 1 (5%) enfermeiro discorda totalmente.

Tabela nº 24 - O tempo que disponho para prestar cuidados condiciona a minha tomada de decisões.

	Frequência	Percentagem
Discordo totalmente	4	1,9
Discordo	21	10,0
Nem concordo nem discordo	30	14,4
Concordo	94	45,0
Concordo totalmente	60	28,7
Total	209	100,0

Na nossa amostra, 94 (45%) dos enfermeiros concordam, e 60 (28,7%) concordam totalmente que o tempo que dispõe para prestar cuidados condiciona a tomada de decisões, 21(10,0%) discordam e 4 (1,9%) discordam totalmente.

Tabela nº 25 - Os factores situacionais do doente no momento presente determinam a minha compreensão e tomada de decisão

	Frequência	Percentagem
Discordo totalmente	3	1,4
Discordo	31	14,8
nem concordo nem discordo	43	20,6
Concordo	110	52,6
Concordo totalmente	20	9,6
Total	207	99,0
Missing	2	1,0
Total	209	100,0

Na questão “Os factores situacionais do doente no momento presente determinam a minha compreensão e tomada de decisão” 110(52,6%) enfermeiros concordam, 43 (20,6%) nem concordam nem discordam, 31 (14,8%) discordam e 20(9,6%) concordam totalmente e 3 discordam totalmente.

Tabela nº 26 - Considero os objectivos do doente nas minhas opções de cuidados

	Frequência	Percentagem
Discordo	4	1,9
Nem concordo nem discordo	18	8,6
Concordo	139	66,5
Concordo totalmente	46	22,0
Total	207	99,0
Missing	2	1,0
Total	209	100,0

Na nossa amostra, 139 (66,5%) dos enfermeiros concorda com o considerar os objetivos do doente nas suas opções de cuidados, 46 (22%) concordam totalmente, 18 (8,6%) nem discordam nem concordam e 4 (1,9%) discordam.

Tabela nº 27 - Sinto-me satisfeito com a minha profissão porque posso apoiar a família

	Frequência	Percentagem
Discordo totalmente	5	2,4
Discordo	17	8,1
Nem concordo nem Discordo	55	26,3
Concordo	97	46,4
Concordo totalmente	34	16,3
Total	208	99,5
Missing	1	,5
Total	209	100,0

Relativamente à satisfação com a profissão por poder apoiar a família, 97 (46,4%) concordam, 34 (16,3%) concordam totalmente, 55 (26,3%) nem concordam nem discordam, 17 (8,1%) discordam e 5 (2,4%) discordam totalmente.

Tabela nº 28 - As opções que tomei com sucesso no passado determinam a minha intervenção em circunstâncias semelhantes

	Frequência	Percentagem
Discordo totalmente	1	,5
Discordo	6	2,9
Nem concordo nem discordo	28	13,4
Concordo	115	55,0
Concordo totalmente	59	28,2
Total	209	100,0

Quando se questiona sobre “As opções que tomei com sucesso no passado determinam a minha intervenção em circunstâncias semelhantes” 115 (55%) concordam, 59 (28,2%) concordam totalmente, 28 (13,4%) nem concordam nem discordam, 6 (2,9%) discordam e 1 (0,5%) discorda totalmente.

Tabela nº 29 - Avalio as consequências do internamento do doente no funcionamento da sua família

	Frequência	Percentagem
Discordo	6	2,9
Nem concordo nem discordo	50	23,9
Concordo	132	63,2
Concordo totalmente	20	9,6
Total	208	99,5
Missing	1	,5
Total	209	100,0

Relativamente à necessidade de avaliação das consequências do internamento do doente no funcionamento da sua família 132 (63,2%) enfermeiros concordam, 20 (9,6%) concordam totalmente, 50 (23,9%) nem concordam nem discordam e 6 (2,9%) discordam.

Tabela nº 30 - Incluo sempre a família nos cuidados

	Frequência	Percentagem
Discordo totalmente	2	1,0
Discordo	21	10,0
Nem concordo nem discordo	52	24,9
Concordo	95	45,5
Concordo totalmente	39	18,7
Total	209	100,0

Da nossa amostra, 95 (45,5%) concordam na inclusão sempre da família nos cuidados, 39 (18,7%) concordam totalmente, 52 (24,9%), nem concordam nem discordam, 21 (10%) discordam, 2 (1%) discordam totalmente.

Tabela nº 31 - Reconheço a necessidade da família participar no processo de tomada de decisão

	Frequência	Percentagem
Discordo	5	2,4
Nem concordo nem discordo	23	11,0
Concordo	122	58,4
Concordo totalmente	59	28,2
Total	209	100,0

Da nossa amostra, 122 (58,4%) enfermeiros concordam com a necessidade da família

participar no processo de tomada de decisão, 59 (28,2%) concordam totalmente, 23 (11%) nem concordam nem discordam e finalmente 5 (2,4%) discordam.

Tabela nº 32 - Analiso com a família a assistência no autocuidado para facilitar a tomada de decisão

	Frequência	Porcentagem
Discordo totalmente	1	,5
Discordo	10	4,8
Nem concordo nem discordo	44	21,1
Concordo	126	60,3
Concordo totalmente	24	11,5
Total	205	98,1
Missing	4	1,9
Total	209	100,0

Relativamente a análise com a família a assistência no autocuidado para facilitar a tomada de decisão, 126 (60,3%) enfermeiros concorda, 24 (11,5%) concordam totalmente, 44 (21,1%) nem concordam nem discordam, 10 (4,8%) enfermeiros discordam e finalmente 1 (0,5%) discorda totalmente.

Tabela nº 33 - A família valoriza o meu trabalho

	Frequência	Porcentagem
Discordo totalmente	11	5,3
Discordo	39	18,7
Nem concordo nem discordo	82	39,2
Concordo	66	31,6
Concordo totalmente	11	5,3
Total	209	100,0

Quando questionados sobre a valorização por parte da família do trabalho dos enfermeiros, 66 (31,6%) enfermeiros concordam, 11 (5,3%) concordam totalmente, 82 (39,2%) nem concordam nem discordam, 39 (18,7%) discordam e 11 (5,3%) discordam totalmente.

Tabela nº 34 - Avalio as intervenções desenvolvidas na família

	Frequência	Porcentagem
Discordo	20	9,6
Nem concordo nem discordo	63	30,1
Concordo	111	53,1
Concordo totalmente	14	6,7
Total	208	99,5
Missing	1	,5
Total	209	100,0

Relativamente á questão “avalio as intervenções desenvolvidas na família” 111 (53,1%) enfermeiros concordam, 14 (6,7%) concordam totalmente, 63 (30,1%) nem concordam nem discordam e finalmente 20 (9,6%) enfermeiros discordam.

Tabela nº 35 - Recrio os cuidados tendo em conta os desejos da família

	Frequência	Percentagem
Discordo totalmente	10	4,8
Discordo	24	11,5
Nem concordo nem discordo	71	34,0
Concordo	91	43,5
Concordo totalmente	11	5,3
Total	207	99,0
Missing	2	1,0
Total	209	100,0

Relativamente ao recriar os cuidados tendo em conta os desejos família, 91 (43,5%) enfermeiros concordam, 11 (5,3%) concordam totalmente, 71 (34%) nem concordam nem discordam, 24 (11,5%) discordam e finalmente 10 (4,8%) enfermeiros discordam totalmente.

Tabela nº36 - Considero os desejos da família mantendo os níveis de segurança

	Frequência	Percentagem
Discordo totalmente	3	1,4
Discordo	13	6,2
Nem concordo nem discordo	40	19,1
Concordo	121	57,9
Concordo totalmente	32	15,3
Total	209	100,0

Quando questionados sobre considerar os desejos da família mantendo os níveis de segurança, 121 (57,9%) enfermeiros responde que concordam, 32 (15,3%) concordam totalmente, 40 (19,1%) enfermeiros nem concordam nem discordam, 13 (6,2%) discordam e 3 (1,4%) discordam totalmente.

Tabela nº 37 - Peço aos meus colegas sugestões que possam melhorar a prestação dos cuidados ao cliente

	Frequência	Percentagem
Discordo	1	,5
Nem concordo nem discordo	18	8,6
Concordo	148	70,8
Concordo totalmente	41	19,6
Total	208	99,5
Missing	1	,5
Total	209	100,0

Relativamente a pedir sugestões aos colegas que possam melhorar a prestação de cuidados, 148 (70,8%) dos enfermeiros concordam, 41 (19,6%) concordam totalmente, 18 (8,6%) nem concordam nem discordam e finalmente 1 (0,5%) discordam.

Tabela nº 38 - Considero o bem-estar da família, quando tomo uma decisão clínica

	Frequência	Percentagem
Discordo totalmente	3	1,4
Discordo	9	4,3
Nem concordo nem discordo	59	28,2
Concordo	112	53,6
Concordo totalmente	26	12,4
Total	209	100,0

Relativamente a considerar o bem estar da família quando tomam decisões clínicas, 112 (53,6%) concordam, 26 (12,4%) concordam totalmente, 59 (28,2%) nem concordam nem discordam, 9 (4,3%) discordam e finalmente 3 (1,4%) discordam totalmente.

Tabela nº 39 - Informar-me sobre os objetivos da família é uma função da minha tomada de decisão clínica

	Frequência	Percentagem
Discordo totalmente	2	1,0
Discordo	11	5,3
Nem concordo nem discordo	52	24,9
Concordo	122	58,4
Concordo totalmente	22	10,5
Total	209	100,0

Relativamente a informar-se sobre os objectivos da família é uma função da tomada de decisão, 122 (58,4%) enfermeiros concordam, 22 (10,5%) concordam totalmente, 52 (24,9%) nem concordam nem discordam, 11 (5,3%) discordam e 2 (1,0%) discordam totalmente.

Tabela nº 40 - Evito falar com a família porque a quero proteger do sofrimento

	Frequência	Percentagem
Discordo totalmente	83	39,7
Discordo	81	38,8
Nem concordo nem discordo	30	14,4
Concordo	12	5,7
Concordo totalmente	3	1,4
Total	209	100,0

Quando questionado se “ evito falar com a família porque a quero proteger do sofrimento” , 83 (39,7%) dos enfermeiros discordam totalmente, 81 (38,8%) discordam, 30 (14,4%) nem concordam nem discordam, 12 (5,7%) concordam e 3(1,4%) concordam totalmente.

Tabela nº 41 - Ajudo a família reconhecer recursos que respondam às suas necessidades

	Frequência	Percentagem
Discordo	1	,5
Nem concordo nem discordo	24	11,5
Concordo	154	73,7
Concordo totalmente	27	12,9
Total	206	98,6
Missing	3	1,4
Total	209	100,0

Relativamente a “ajudar a família reconhecer recursos que respondam às suas necessidades” 154 (73,7%) dos enfermeiros concordam, 27 (12,9%) concordam totalmente, 24 (11,5%) nem concordam nem discordam e apenas 1 (5%) discorda.

Tabela nº 42 - Envolver sempre o meu cliente e família na minha tomada de decisão clínica, ouvindo-os sobre a situação

	Frequência	Percentagem
Discordo	11	5,3
Nem concordo nem discordo	46	22,0
Concordo	130	62,2
Concordo totalmente	20	9,6
Total	207	99,0
Missing	2	1,0
Total	209	100,0

Quando questionados sobre se “envolver sempre o meu cliente e família na minha tomada de decisão clínica, ouvindo-os sobre a situação” , 130 (62,2%) dos enfermeiros concordam , 46 (22%) nem concordam nem discordam , 20 (9,6%) concordam totalmente e 11(5,3%) discordam.

Tabela nº 43 - Tenho em conta os conhecimentos da família para explicar as diferentes opções na gestão da doença

	Frequência	Percentagem
Discordo	4	1,9
Nem concordo nem discordo	22	10,5
Concordo	141	67,5
Concordo totalmente	42	20,1
Total	209	100,0

Relativamente à questão “tenho em conta os conhecimentos da família para explicar as diferentes opções na gestão da doença”, 141 (67,5%) dos enfermeiros concordam, 42 (20,1%) concordam totalmente, 22 (10,5%) nem concordam nem discordam e 4 (1,9%) discordam.

Tabela nº 44 - Os valores culturais e crenças da família são secundários na implementação dos cuidados

	Frequência	Percentagem
Discordo totalmente	61	29,2
Discordo	88	42,1
Nem concordo nem discordo	33	15,8
Concordo	24	11,5
Concordo totalmente	3	1,4
Total	209	100,0

Quando questionados sobre “os valores culturais e crenças da família são secundários na implementação dos cuidados”, 88 (42,1%) dos enfermeiros discordam, 61 (29,2%) discordam totalmente, 33 (15,8%) nem concordam nem discordam, 24 (11,5%) concordam e finalmente 3 (1,4%) dos enfermeiros concordam totalmente.

Tabela nº 45 - Exploro as preocupações da cliente sobre a doença.

	Frequência	Percentagem
Discordo totalmente	1	,5
Discordo	5	2,4
Nem concordo nem discordo	24	11,5
Concordo	148	70,8
Concordo totalmente	31	14,8
Total	209	100,0

Quando questionado sobre se explora as preocupações do cliente sobre a doença, 148 (70,8%) dos enfermeiros concordam, 31 (14,8%) concordam totalmente, 24 (11,5%) nem concordam nem discordam, 5 (2,4%) discordam e finalmente 1 (5%) discordam totalmente.

Tabela nº 46 - Explico as desvantagens de cada uma das opções de cuidados à família

	Frequência	Percentagem
Discordo	7	3,3
Nem concordo nem discordo	58	27,8
Concordo	129	61,7
Concordo totalmente	14	6,7
Total	208	99,5
Missing	1	,5
Total	209	100,0

Quando questionados se “explicam as desvantagens de cada uma das opções de cuidados à família”, 129 (61,7%) concordam, 58 (27,8%) nem concordam nem discordam, 14 (6,7%) concordam totalmente e 7 (3,3%) discordam.

Tabela nº 47 - Sou reconhecido pelos meus pares pela atenção que dou à família

	Frequência	Percentagem
Discordo totalmente	5	2,4
Discordo	13	6,2
Nem concordo nem discordo	112	53,6
Concordo	68	32,5
Concordo totalmente	9	4,3
Total	207	99,0
Missing	2	1,0
Total	209	100,0

Relativamente à questão “sou reconhecido pelos meus pares pela atenção que dou à família”, 112 (53,6%) dos enfermeiros nem concordam nem discordam, 68 (32,5%) concordam, 13 (6,2%) discordam, 9 (4,3%) concordam totalmente e 5 (2,4%) discordam totalmente.

Tabela nº 48 - Os espaços de assistência no serviço tem condições físicas, para incluir a família nos cuidados.

	Frequência	Percentagem
Discordo totalmente	31	14,8
Discordo	70	33,5
Nem concordo nem discordo	44	21,1
Concordo	50	23,9
Concordo totalmente	14	6,7
Total	209	100,0

Relativamente aos espaços de assistência no serviço tem condições físicas, para incluir a família nos cuidados, 70 (33,5%) dos enfermeiros discordam e 31 (14,8%) discordam totalmente, 44 (21,1%) nem concordam nem discordam, 50 (23,9%) concordam e 14 (6,7%) concordam totalmente.

Tabela nº 49 - As condições físicas do serviço garantem a intimidade entre o doente e família

	Frequência	Percentagem
Discordo totalmente	37	17,7
Discordo	82	39,2
Nem concordo nem discordo	40	19,1
Concordo	38	18,2
Concordo totalmente	11	5,3
Total	208	99,5
Missing	1	,5
Total	209	100,0

Em relação às “ condições físicas do serviço garantem a intimidade entre o doente e família”, para 82 (39,2%) dos enfermeiros discordam, 40 (19,1%) nem concordam nem discordam, 38 (18,2%) concordam, 37 (17,7%) discordam totalmente e 11 (5,3%) concordam totalmente.

Tabela nº 50 - O serviço tem espaço próprio para atender a família

	Frequência	Porcentagem
Discordo totalmente	53	25,4
Discordo	76	36,4
Nem concordo nem discordo	33	15,8
Concordo	32	15,3
Concordo totalmente	12	5,7
Total	206	98,6
Missing	3	1,4
Total	209	100,0

Em relação ao serviço ter espaço próprio para atender a família, 76(36,4%) dos enfermeiros discorda , 53 (25,4%) discorda totalmente, 33 (15,8%) nem concorda nem discorda, 32 (15,3%) concordam, 12 (5,7%) concordam totalmente.

Tabela nº 51 - Convido a família a manter os rituais que promovam a aproximação dos diferentes membros.

	Frequência	Porcentagem
Discordo totalmente	5	2,4
Discordo	31	14,8
Nem concordo nem discordo	91	43,5
Concordo	72	34,4
Concordo totalmente	8	3,8
Total	207	99,0
Missing	2	1,0
Total	209	100,0

Em relação a “Convido a família a manter os rituais que promovam a aproximação dos diferentes membros”, 91 (43,5%) dos enfermeiros nem concordam nem discorda, 72 (34,4%) concorda, 31 (14,8%) discorda, 8 (3,8%) concorda totalmente e 5 (2,4%) discorda totalmente.

Tabela nº 52 - Disponibilizo tempo para ouvir as preocupações da família

	Frequência	Porcentagem
Discordo totalmente	1	,5
Discordo	9	4,3
Nem concordo nem discordo	48	23,0
Concordo	130	62,2
Concordo totalmente	20	9,6
Total	208	99,5
Missing	1	,5
Total	209	100,0

Dos enfermeiros inquiridos, 130 (62,2%) concorda com “disponibilizo tempo para ouvir as preocupações da família”, 48 (23%) nem concorda nem discorda, 20 (9,6%) concorda totalmente, 9 (4,3%) discorda e 1 (0,5%) discorda totalmente.

Tabela nº 53 - Explico as vantagens de cada uma das opções de cuidados à família

	Frequência	Percentagem
Discordo totalmente	1	,5
Discordo	8	3,8
Nem concordo nem discordo	42	20,1
Concordo	141	67,5
Concordo totalmente	15	7,2
Total	207	99,0
Missing	2	1,0
Total	209	100,0

Em relação à questão “Explico as vantagens de cada uma das opções de cuidados à família”, dos enfermeiros inquiridos, 141 (67,5%) concorda, 42 (20,1%) nem concorda nem discorda, 15 (7,2%) concorda totalmente, 8 (3,8%) discorda e 1 (0,5%) discorda totalmente.

Tabela nº 54 - Verifico se a família compreendeu a informação.

	Frequência	Percentagem
Discordo	2	1,0
Nem concordo nem discordo	23	11,0
Concordo	154	73,7
Concordo totalmente	28	13,4
Total	207	99,0
Missing		1,0
Total	209	100,0

Relativamente à questão “Verifico se a família compreendeu a informação” , 154 (73,7%) dos enfermeiros concordam, 28 (13,4%) concordam totalmente, 23 (11,0%) nem concordam nem discordam e 2 (1,0%) discordam.

Tabela nº 55 - Os profissionais do meu serviço estão sensíveis à intervenção na família

	Frequência	Percentagem
Discordo	7	3,3
Nem concordo nem discordo	51	24,4
Concordo	122	58,4
Concordo totalmente	27	12,9
Total	207	99,0
Missing	2	1,0
Total	209	100,0

Dos enfermeiros inquiridos 122 (58,4%) concordam que os profissionais do seu serviço estão sensíveis à intervenção na família, 27 (12,9%) concordam totalmente, 51 (24,4%) nem concordam nem discordam e 7 (3,3%) discordam.

Tabela nº 56 - A equipa multidisciplinar discute as intervenções desenvolvidas à família

	Frequência	Percentagem
Discordo totalmente	6	2,9
Discordo	29	13,9
Nem concordo nem discordo	70	33,5
Concordo	91	43,5
Concordo totalmente	9	4,3
Total	205	98,1
Missing	4	1,9
Total	209	100,0

Em relação à questão “A equipa multidisciplinar discute as intervenções desenvolvidas à família”, 91 (43,5%) dos enfermeiros concorda, 70 (33,5%) nem concorda nem discorda, 29 (13,9%) discorda, 9 (4,3%) concorda totalmente e 6 (2,9%) discorda totalmente.

Tabela nº 57 - Dou sempre oportunidade à família de me questionar sobre o processo de assistência

	Frequência	Percentagem
Discordo totalmente	1	,5
Discordo	7	3,3
Nem concordo nem discordo	21	10,0
Concordo	143	68,4
Concordo totalmente	35	16,7
Total	207	99,0
Missing	2	1,0
Total	209	100,0

Da nossa amostra, 143 (68,4%) dos enfermeiros concordam com “dou sempre oportunidade à família de me questionar sobre o processo de assistência”, e 35 (16,7%) concordam totalmente, enquanto que 21 (10%) nem concorda nem discorda, 7 (3,3%) discorda e 1 (0,5%) discorda totalmente.

Tabela nº 58 - No meu local de trabalho o gestor preocupa-se com a inclusão da família nos cuidados

	Frequência	Percentagem
Discordo totalmente	3	1,4
Discordo	11	5,3
Nem concordo nem discordo	42	20,1
Concordo	108	51,7
Concordo totalmente	43	20,6
Total	207	99,0
Missing	2	1,0
Total	209	100,0

Quando questionados sobre se “No meu local de trabalho o gestor preocupa-se com a inclusão da família nos cuidados”, 108 (51,7%) dos enfermeiros concorda e 43 (20,6%) concordam totalmente, enquanto que 42 (20,1%) nem concorda nem discorda, 11 (5,3%) discorda e 3 discorda totalmente.

Tabela nº 59 - Discuto nas passagens de turno a inclusão da família nos cuidados

	Frequência	Percentagem
Discordo totalmente	1	,5
Discordo	6	2,9
Nem concordo nem discordo	34	16,3
Concordo	130	62,2
Concordo totalmente	37	17,7
Total	208	99,5
Missing	1	,5
Total	209	100,0

Relativamente á questão “Discuto nas passagens de turno a inclusão da família nos cuidados”, 130 (62,2%) dos enfermeiros inquiridos concordam, 37 (17,7%) concordam totalmente, 34 (16,3%) nem concordam nem discordam, 6 (2,9%) discordam e 1 (0,5%) discordam.

Tabela nº 60 - Recorro à pesquisa para sustentar a minha prática de cuidados à família

	Frequência	Percentagem
Discordo totalmente	2	1,0
Discordo	15	7,2
Nem concordo nem discordo	55	26,3
Concordo	112	53,6
Concordo totalmente	21	10,0
Total	205	98,1
Missing	4	1,9
Total	209	100,0

Da nossa amostra, 112 (53,6%) dos enfermeiros concorda com a afirmação “recorro à pesquisa para sustentar a minha prática de cuidados à família”, 55 (26,3%) nem concorda nem discorda, 21 (10,0%) concorda totalmente, 15 (7,2%) discorda e 2 (1,0%) discorda totalmente.

Tabela nº 61 - Questiono como o doente vê o seu processo de doença nas implicações da vida familiar

	Frequência	Percentagem
Discordo totalmente	2	1,0
Discordo	2	1,0
Nem concordo nem discordo	56	26,8
Concordo	130	62,2
Concordo totalmente	17	8,1
Total	207	99,0
Missing	2	1,0
Total	209	100,0

Relativamente à afirmação “Questiono como o doente vê o seu processo de doença nas implicações da vida familiar”, 130 (62,2%) dos enfermeiros inquiridos concordam, 56 (26,8%) nem concordam nem discordam, 17 (8,1%) concordam totalmente, 2 (1,0%) discordam e 2 (1,0%) discordam totalmente.

Tabela nº 62 - Exploro as expectativas da família sobre doença

	Frequência	Percentagem
Discordo	8	3,8
Nem concordo nem discordo	51	24,4
Concordo	139	66,5
Concordo totalmente	10	4,8
Total	208	99,5
Missing	1	,5
Total	209	100,0

Quanto à afirmação “Exploro as expectativas da família sobre doença”, 139 (66,5%) dos enfermeiros concorda, 51 (24,4%) nem concorda nem discorda, 10 (4,8%) concorda totalmente e 8 (3,8%) discorda.

Tabela nº 63 - A compreensão da doença pela família ajuda-me na assistência ao doente

	Frequência	Percentagem
Discordo	8	3,8
Nem concordo nem discordo	45	21,5
Concordo	124	59,3
Concordo totalmente	30	14,4
Total	207	99,0
Missing	2	1,0
Total	209	100,0

Relativamente à questão “a compreensão da doença pela família ajuda-me na assistência ao doente”, 124 (59,3%) dos enfermeiros concorda, 45 (21,%) nem concorda nem discorda, 30 (14,4%) concorda totalmente, 8 (3,8%) discorda.

Tabela nº 64 - Questiono como o doente e a família interagem antes da hospitalização

	Frequência	Percentagem
Discordo totalmente	2	1,0
Discordo	15	7,2
Nem concordo nem discordo	45	21,5
Concordo	119	56,9
Concordo totalmente	25	12,0
Total	206	98,6
Missing	3	1,4
Total	209	100,0

Da nossa amostra, 119 (56,9%) dos enfermeiros concorda com a afirmação “Questiono como o doente e a família interagem antes da hospitalização”, 25 (12%) concorda totalmente, 45 (21,5%) nem concorda nem discorda, 15 (7,2%) discorda e 2 (1%) discorda totalmente.

Tabela nº 65 - Protejo-me do contato da família porque não sei como a abordar

	Frequência	Percentagem
Discordo totalmente	77	36,8
Discordo	84	40,2
Nem concordo nem discordo	28	13,4
Concordo	18	8,6
Concordo totalmente	1	,5
Total	208	99,5
Missing	1	,5
Total	209	100,0

Em relação à questão “Protejo-me do contato da família porque não sei como a abordar” 84 (40,2%) discordam, 77 (36,8%) discordam totalmente, 28 (13,4%) nem concordam nem discordam, 18 (8,6%) concordam e 1 (0,5%) concorda totalmente.

Tabela nº 66 - A família reconhece-me pela atenção que lhes dispenso

	Frequência	Percentagem
Discordo totalmente	5	2,4
Discordo	20	9,6
Nem concordo nem discordo	74	35,4
Concordo	101	48,3
Concordo totalmente	7	3,3
Total	207	99,0
Missing	2	1,0
Total	209	100,0

Da nossa amostra, 101 (48,3%) enfermeiros concorda com a afirmação “A família reconhece-me pela atenção que lhes dispenso”, 74 (35,4%) nem concordam nem discordam, 20 (9,6%) discordam, 5 (2,4%) discordam totalmente.

Tabela nº 67 -A família valoriza o meu trabalho

	Frequência	Percentagem
Discordo totalmente	8	3,8
Discordo	29	13,9
Nem concordo nem discordo	77	36,8
Concordo	85	40,7
Concordo totalmente	7	3,3
Total	206	98,6
Missing	3	1,4
Total	209	100,0

Em Relação à afirmação “A família valoriza o meu trabalho” 85 (40,7%) dos enfermeiros concordam, 77 (36,8%) nem concordam nem discordam, 29 (13,9%) discordam, 8 (3,8%) discordam totalmente, 7 (3,3%) concordam totalmente.

Tabela nº 68 - Informo a família sobre os recursos disponíveis para o seu apoio

	Frequência	Percentagem
Discordo	3	1,4
Nem concordo nem discordo	21	10,0
Concordo	154	73,7
Concordo totalmente	30	14,4
Total	208	99,5
Missing	1	,5
Total	209	100,0

Relativamente sobre “Informo a família sobre os recursos disponíveis para o seu apoio” 154 (73,7%) dos enfermeiros concordam, 30 (14,4%) concordam totalmente, 21 (10%) nem concordam nem discordam e 3 (1,4%) discordam.

Tabela nº 69 - Encorajo a família a compreender as respostas emocionais à doença

	Frequência	Percentagem
Nem concordo nem discordo	40	19,1
Concordo	142	67,9
Concordo totalmente	26	12,4
Total	208	99,5
Missing	1	,5
Total	209	100,0

Em relação à afirmação “Encorajo a família a compreender as respostas emocionais à doença” 142 (67,9%) dos enfermeiros concordam, 40 (19,1%) nem concordam nem discordam, 26 (12,4%) concordam totalmente.

Tabela nº 70 - Informo a família dos recursos na comunidade

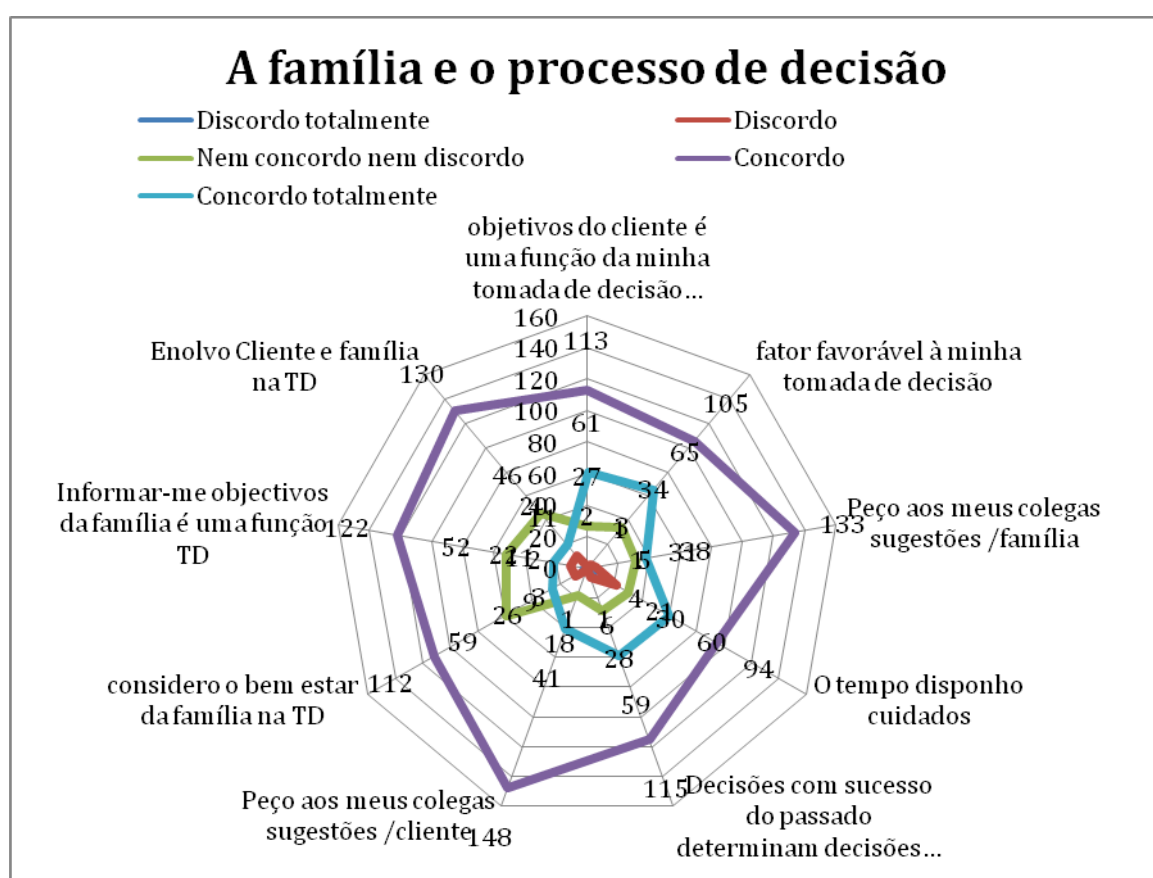
	Frequência	Percentagem
Discordo	1	,5
Nem concordo nem discordo	21	10,0
Concordo	151	72,2
Concordo totalmente	35	16,7
Total	208	99,5
Missing	1	,5
Total	209	100,0

Em relação à informação “Informo a família dos recursos na comunidade” 151 (72,2%) dos enfermeiros concordam, 35 (16,7%) concordam totalmente, 21 (10%) nem concordam nem discordam e 1 (0,5%) discorda.

Embora se tenha analisado todas as questões da escala com o género, idade e tempo de serviço não verificamos associações significativas.

Procurando aprofundar a auto percepção apresentaremos de seguida cada uma das componentes da escala, assim relativamente à componente tomada de decisão, apresentamos o seguinte gráfico:

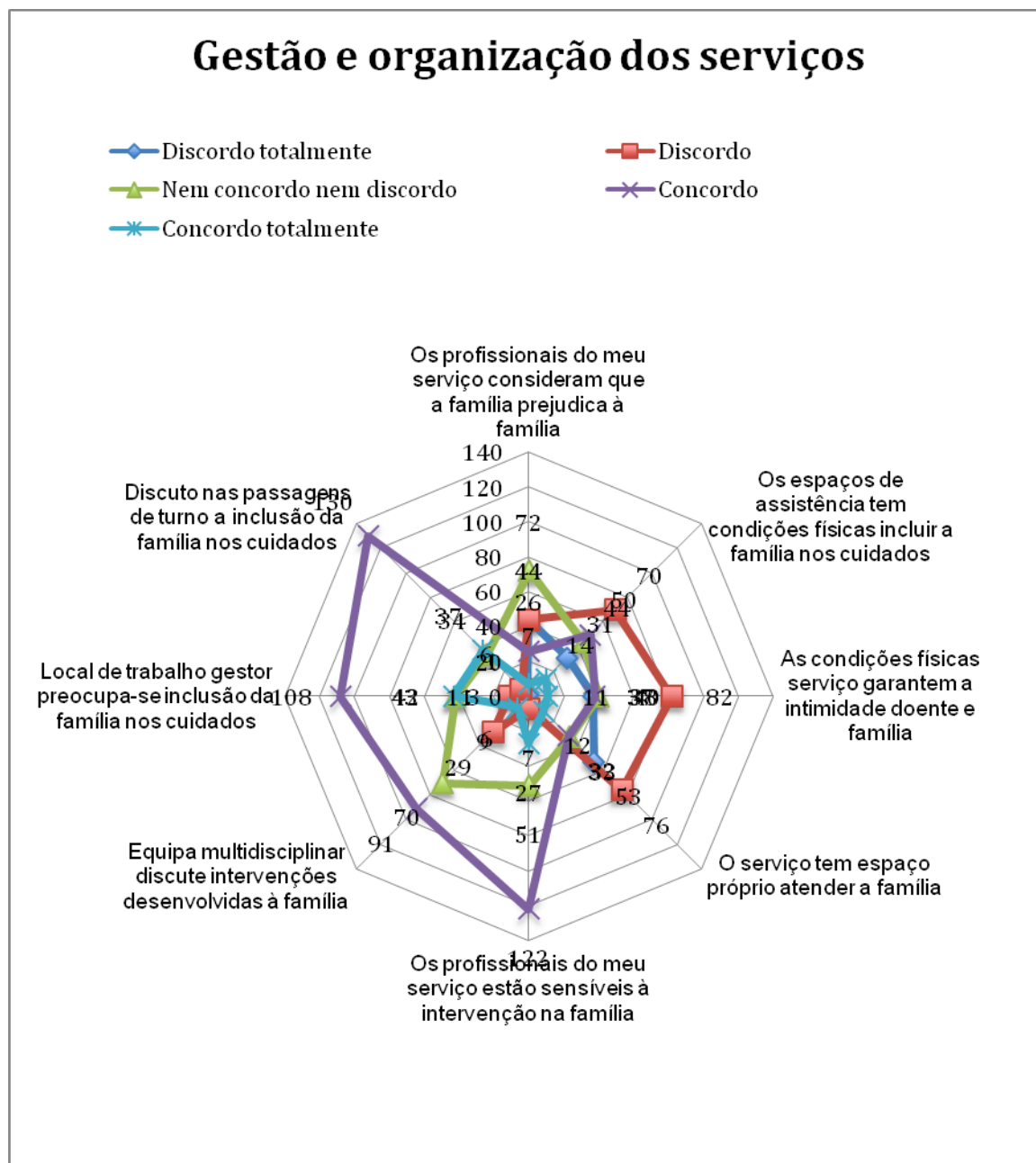
Gráfico Nº 1 – Representação da opinião dos enfermeiros face ao processo de decisão



Considerando que a decisão é um processo continuo dos enfermeiros nos cuidados ao cliente, verificamos que a maior parte dos enfermeiros situaram-se na posição do concordo sendo a expressão mais frequente “Peço aos meus colegas sugestões que possam melhorar a prestação de cuidados ao cliente” com 148 casos, por oposição à menos frequente, no concordo a de “O tempo que disponho para prestar cuidados condiciona a minha tomada de decisão”, com 94 casos sendo esta mesma, a mais frequente para o discordo com 21 casos.

Na componente de gestão e organização dos serviços, apresentamos o seguinte gráfico:

Gráfico Nº 2 – Representação da opinião dos enfermeiros face à gestão e organização dos serviços

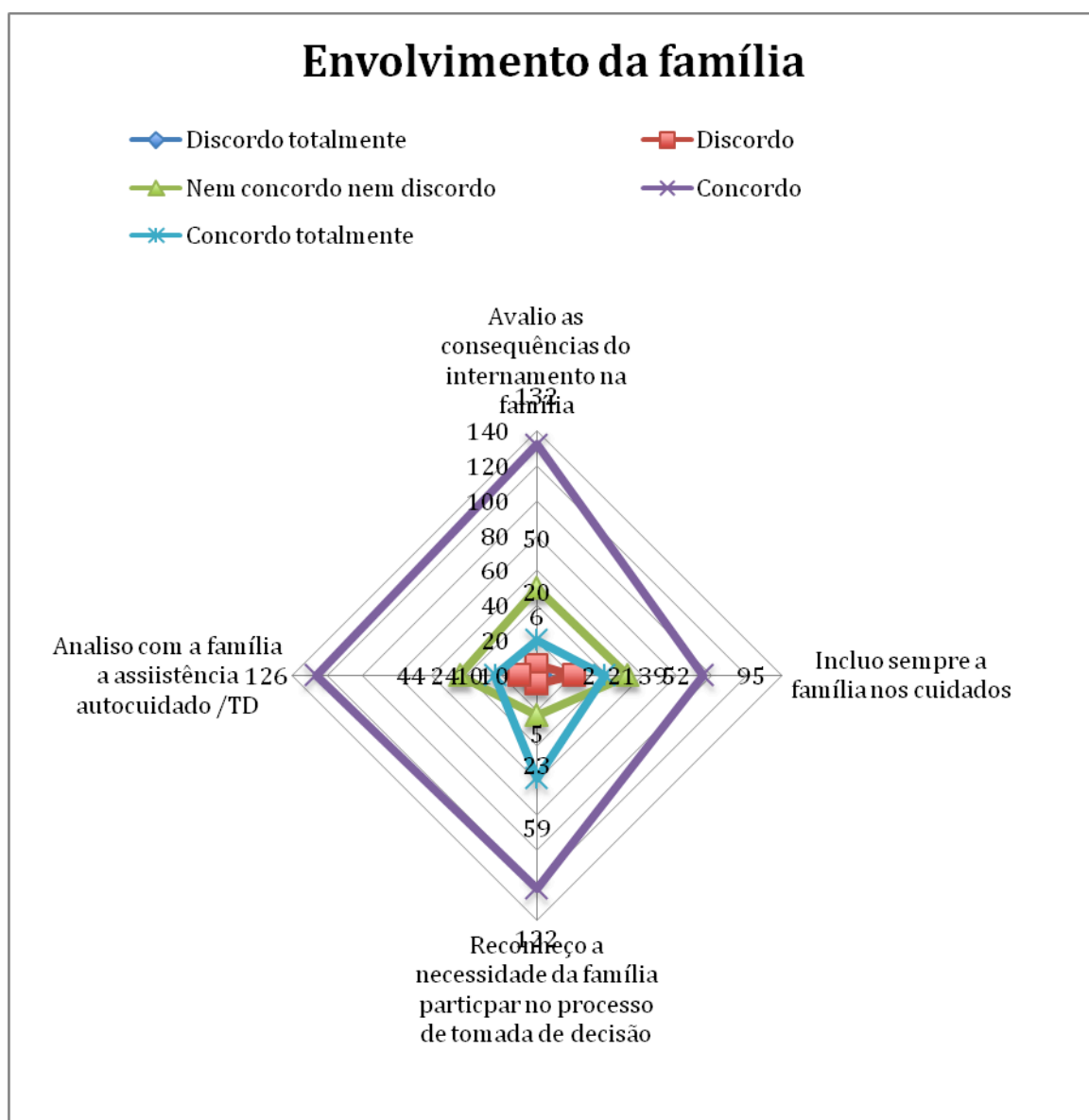


Também em Relação à organização e gestão dos serviços as frequências mais elevadas ocorreram no concordo, sendo a expressão “Discuto nas passagens de turno a inclusão da família nos cuidados” (130 casos), a com mais expressão seguida da “Os profissionais do meu serviço estão sensíveis à intervenção na família” a de maior frequência (122 casos) e a de menor “Os profissionais do meu serviço consideram que a família prejudica o doente”. Contudo, é de salientar que para o discordo a expressão com mais representação foi “As

condições físicas do serviço garantem a intimidade doente e família” (82 casos) e que em oposição apenas 11 casos referiram concorda, o que indicia um problema para a área da gestão dos serviços a ser repensado e que não tem diretamente a ver com a formação.

Na Componente do Envolvimento da família apresentamos o seguinte gráfico:

Gráfico Nº 3 – Representação da opinião dos enfermeiros face ao envolvimento da família

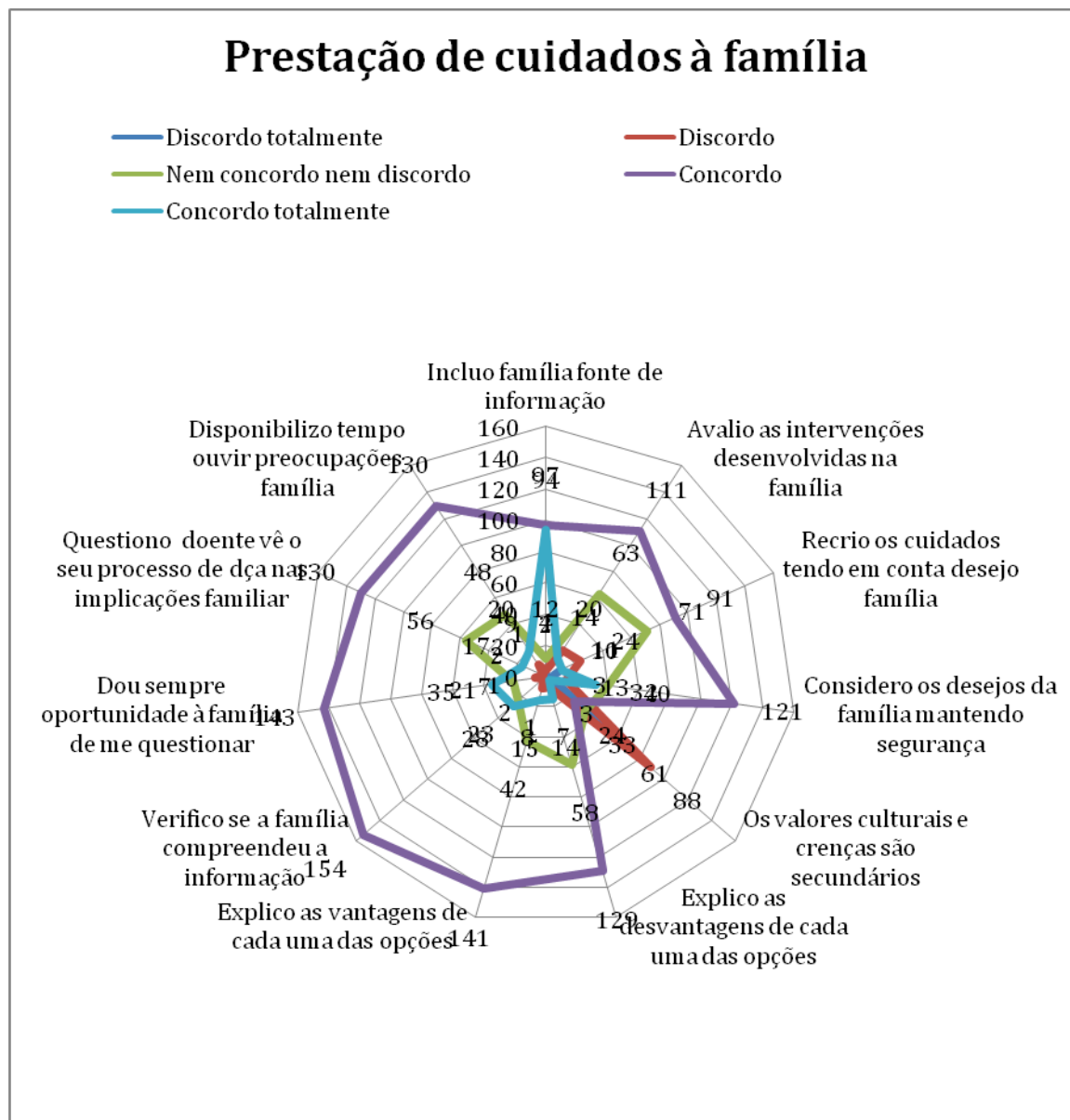


Considerando a componente envolvimento da família, verificamos também que as maiores frequências ocorrem no concordo sendo a expressão mais frequente “Avalio as consequências do internamento do doente no funcionamento da sua família” com 132 casos e a menos, dentro dos que concordam “Incluo sempre a família nos cuidados” com 95 casos, esta mesma expressão na representação do discordo é a mais frequente mas com 21 casos.

Assim, a avaliação das consequências de um internamento para a família, é uma preocupação para os enfermeiros. Apesar de o envolvimento da família apresentar uma expressão significativa ainda não é uma prática transversal a toda a equipa de enfermagem.

Na componente de prestação de cuidados à família apresentamos o seguinte gráfico:

Gráfico Nº 4 – Representação da opinião dos enfermeiros face à prestação de cuidados à família

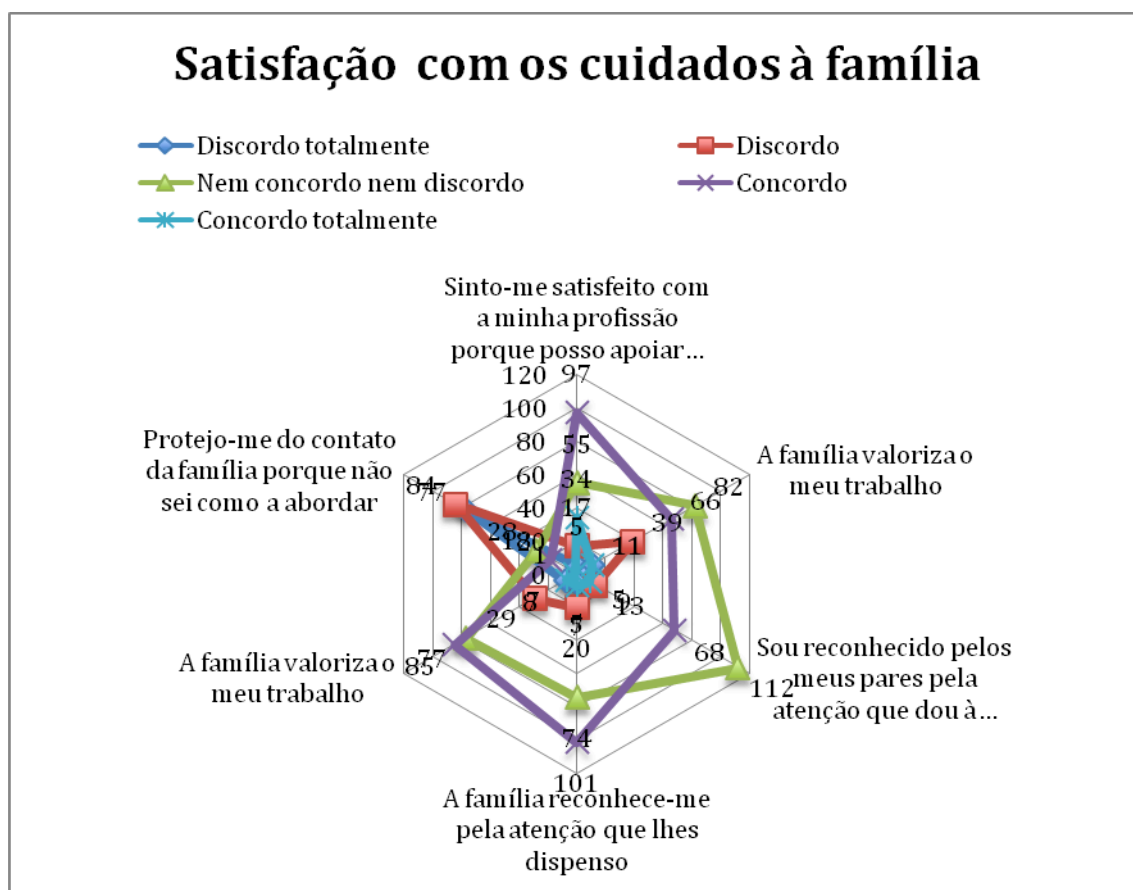


Sobre a prestação de cuidados, os enfermeiros com mais frequência situam-se no concordo e assim a expressão mais frequente é “Verifico se a família compreendeu a informação” com 154 casos em oposição com a expressão “Os valores culturais e crenças da família são secundários na implementação de cuidados” com 24 casos, a menos frequente

dentro dos que concordam, sendo de salientar que 88 enfermeiros discordam desta afirmação. Assim, podemos afirmar que na nossa amostra e na componente de prestação de cuidados, existe a preocupação por parte dos enfermeiros de verificar que a informação fornecida foi compreendida, mas não apresentam uma opinião formada sobre a influencia dos valores culturais e crenças da família na implementação dos cuidados, o que nos sugere que tem interesse organizar a formação para a equipa de enfermagem, neste último aspecto.

Na componente da satisfação dos enfermeiros com os cuidados à família, apresentamos o seguinte gráfico:

Gráfico Nº 5 – Representação da opinião dos enfermeiros face à satisfação com os cuidados à família

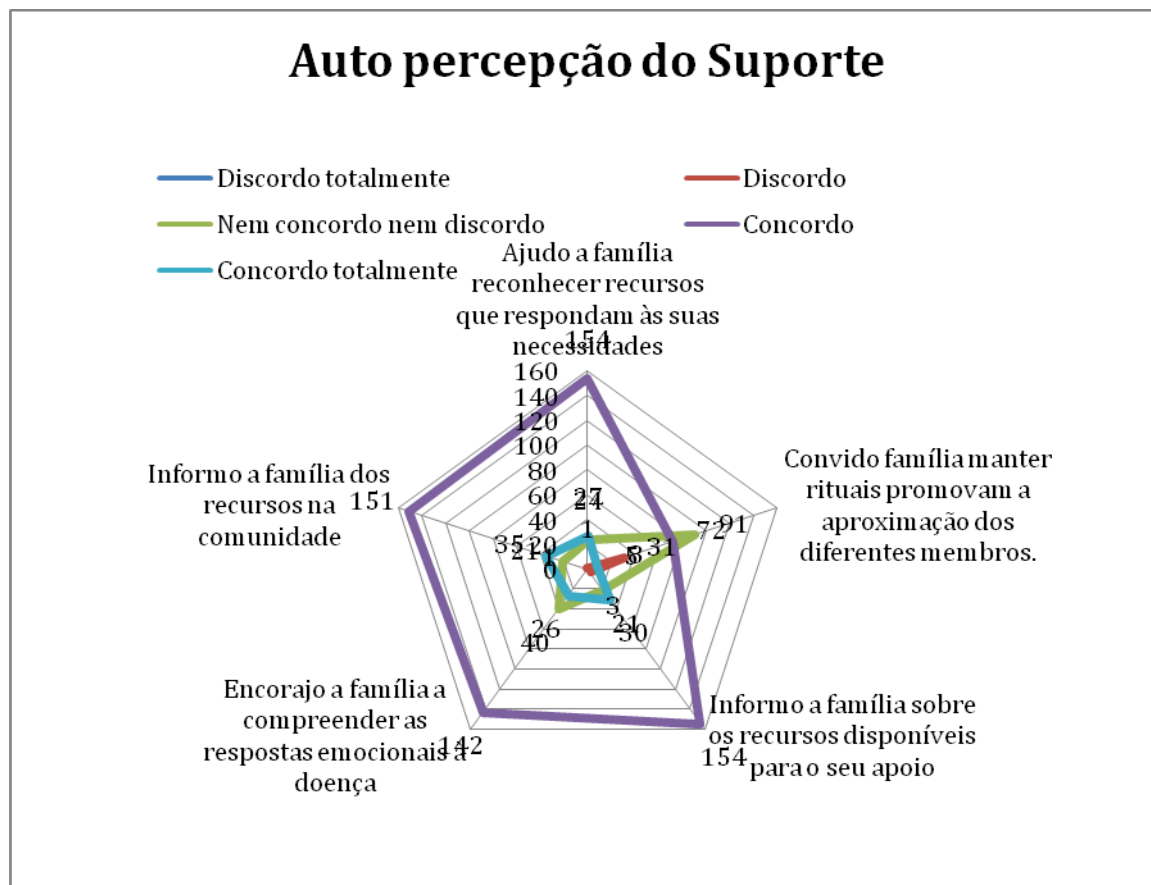


Os enfermeiros expressam a sua opinião com mais frequência no concordo em todas as afirmações, contudo será de salientar que a expressão com maior representação é “A família reconhece-me pela atenção que lhes dispenso”(101 casos) e no extremos oposto fica “Protejo-me do contato da família porque não sei como a abordar” com 18 casos. Se olharmos com a mesma granularidade no discordo podemos verificar que a maior frequência ocorre na

expressão “Protejo-me do contato da família porque não sei como a abordar” com 84 casos e a menos no “Sou reconhecido pelos meus pares pela atenção que dou à família” 13 casos. Podemos assim dizer que a organização da formação neste tema tem interesse ser discutida.

Na componente auto percepção do suporte apresentamos o seguinte gráfico:

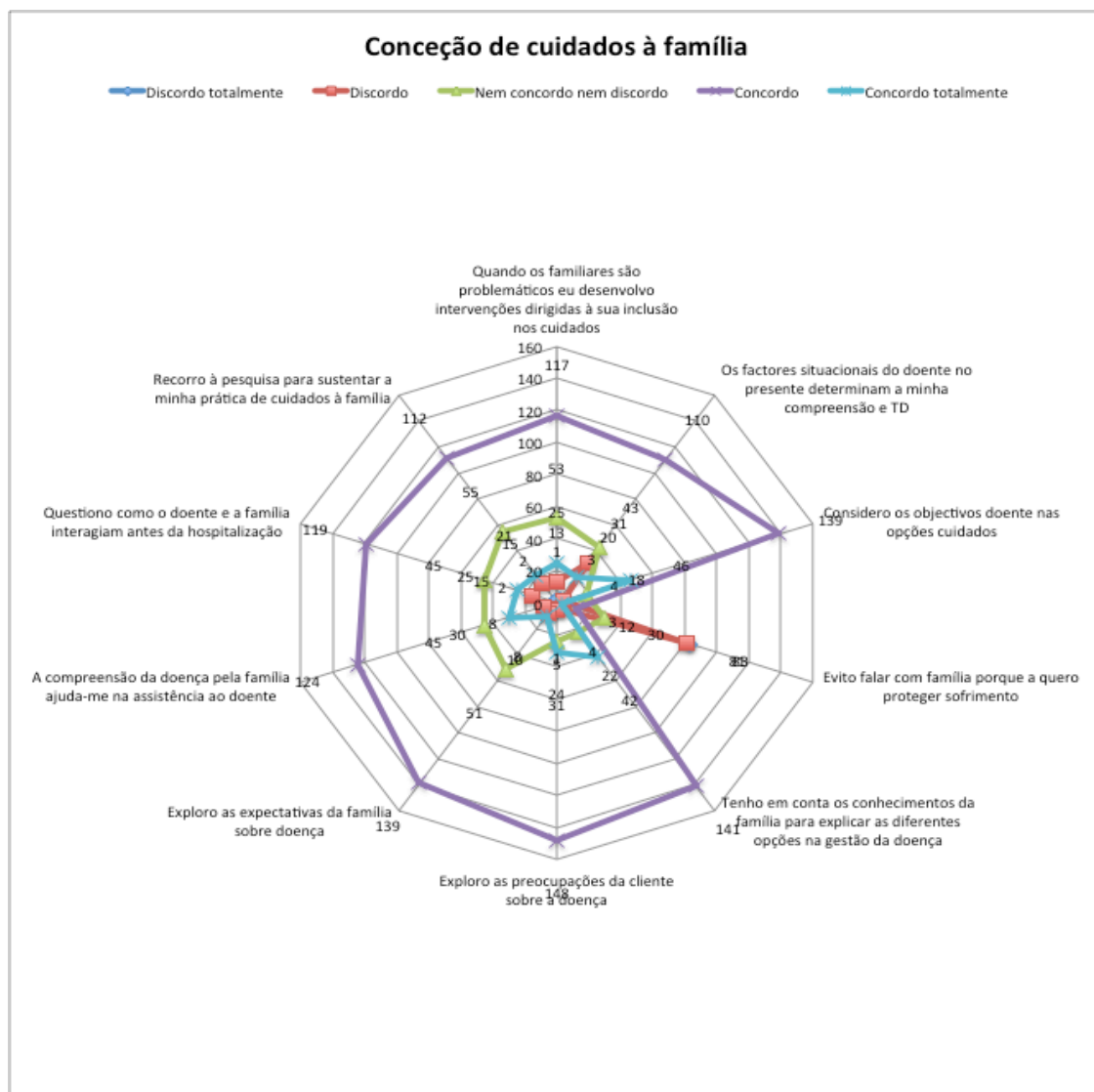
Gráfico Nº 6 – Representação da opinião dos enfermeiros face à auto percepção do suporte



Os Enfermeiros concordam com o papel de suporte desenvolvido pelos enfermeiros. Contudo evidencia-se que o informar as famílias dos recursos disponíveis para o seu apoio, é a afirmação com maior frequência (154 casos) e no extremo oposto fica a situação de “Convido a família a manter os rituais que promovam a aproximação dos diferentes membros” (72 casos), tendência que se mantém para o concordo totalmente. É de salientar, que a expressão “Convido a família a manter rituais que promovam a aproximação dos diferentes membros” é a única que tem expressão no discordo totalmente (5 casos) e com a representação de 31 casos para o discordo, o que nos ajuda a compreender que, para estes enfermeiros manter a família unida não é um problema que possa ter importância para a intervenção dos enfermeiros.

Na componente concepção dos cuidados à família, apresentamos o seguinte gráfico:

Gráfico Nº 7 – Representação da opinião dos enfermeiros face à concepção de cuidados à família



Para os Enfermeiros da amostra e sobre a concepção dos cuidados o concordar com as afirmações é o mais frequente, contudo salienta-se “Exploro as preocupações da cliente sobre a doença” como a afirmação mais frequente (148 casos) e no extremo oposto, a afirmação “Evito falar com família porque a quero proteger sofrimento” com 12 casos, sendo que esta expressão tem a maior frequência no discordo totalmente com 81 casos.

Em síntese, a maioria dos enfermeiros da nossa amostra, está a desempenhar funções na prestação de cuidados, com a categoria de enfermeiros, com tempo de exercido profissional de 1 a 19 anos, a trabalhar em contexto hospitalar entre 10 a 19 anos, na área médica. A especialidade mais representativa da é a de reabilitação.

A formação na área da família toma maior expressão em contexto acadêmico, sendo que a maioria não frequentou ações de formação sobre este tema.

Considerando as áreas de atuação, a representação sobre a falta de formação em ações de formação na área da família é área médica, seguida da mulher e da criança e por último a cirúrgica. Os enfermeiros que menos frequentaram ações de formação sobre família, são os que têm menos tempo de serviço.

Os enfermeiros concordam que a família deve entrar no processo da tomada de decisão, que no serviço discute-se em passagem de turno a inclusão da família nos cuidados e que os profissionais do serviço são sensíveis à intervenção na família e reconhecem a falta de condições no serviço para atender a família. Concordam em envolver a família, concebem os cuidados explorando as preocupações com a doença, sentem suporte para informar as famílias sobre os recursos disponíveis e consideram que a família reconhece à atenção que lhes dispensam. Desenvolvem a assistência dos cuidados tendo a família como fontes de informação e prestando cuidados centrados na informação e interação com a família, avaliando as intervenções com a família. Consideram os valores culturais e as crenças, pois discordam que estes sejam secundários.

5 – Dos Achados ao Conhecimento

Este subcapítulo abordará os principais resultados do nosso estudo e interpretá-los-á à luz de outros estudos de investigação da área.

Para as variáveis sociodemográficas, nomeadamente o género dos enfermeiros, apuramos que a nossa amostra é maioritariamente composta por elementos do sexo feminino (82,8%) o que vai de encontro aos dados publicados à data de 31 de dezembro de 2013 (Ordem dos Enfermeiros, 2013), cujo total dos enfermeiros ativos é de 65872, sendo 81,6% do sexo feminino (53814), e com o que refere Benner (2005) que a profissão de enfermagem é essencialmente constituída por mulheres.

Ao analisar a idade, verificamos que as referencias nacionais (OE, 2013, p.11) apontam para que as idades mais representativas são dos 26 e 30 anos (21,6%) seguida da faixa entre os 30 e os 39 anos (19,1%), contudo na nossa amostra a idade mais representativas são 30 e os 39, (41,6%) seguidas 40 e os 49 anos (31,1%), o que nos ajuda a compreender que os enfermeiros da amostra são mais velhos do que o que é mais frequente a nível do país.

No que diz respeito aos anos de exercício profissional e segundo o modelo de Dreyfus de aquisição de competências mencionado por Benner (2005) verificamos um predomínio do nível de competências proficientes ou seja enfermeiros com cinco ou mais anos de serviço e o

nível de competência peritos. Benner (2005), considera que um enfermeiro se torna perito quando com a sua *“enorme experiência, compreende, agora de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis”*, o que nos ajuda a compreender que na nossa amostra há muitas probabilidades de encontrarmos peritos, considerando que 36,8% dos enfermeiros têm entre os 10 e os 19 anos de exercício profissional, além de que em média o tempo de exercício é de 15,09 anos e, por o tempo de exercício em contexto hospitalar é de 12,11 anos.

Quanto às habilitações académicas, a nossa amostra representa as condições atuais do acesso à profissão, pois todos são licenciados. Estes dados também estão de acordo com as condições atuais da formação inicial em enfermagem e confere um grau académico importante na avaliação curricular, e também necessário no acesso a formações complementares, nomeadamente curso de especialização, pós-graduação e mestrado.

Em Portugal a Ordem dos Enfermeiros atribui duas categorias, a de enfermeiros e de Enfermeiros especialistas, sendo que a representação dos especialistas a nível nacional é 19,8%, e na nossa amostra é de 28,2%. A representação por especialidade encontra-se enquadrada na tendência nacional, dado que segundo os dados da ordem dos enfermeiros (OE, 2013:12) do total de enfermeiros especialistas a maior fatia vai para os enfermeiros especialistas de reabilitação com 2683 (20,5%) e também na amostra em estudo isso se verifica (11%) e a menor para os enfermeiros de psiquiatria com 1534 (11,7%) e na nossa amostra é de 0,5%.

Que formação detêm os enfermeiros no seu percurso académico e profissional sobre família?

A Enfermagem como todas as áreas profissionais de saúde confronta-se com o desafio da doença, com a transformação acelerada da sociedade contemporânea e com o seu código de valores da sociedade, procurando acompanhar a evolução da informação científica e técnica, o que a tem obrigado a uma constante recriação do seu agir profissional.

A profissão de enfermagem e a sua formação específica, nas últimas décadas, tem atravessado rápidas e profundas mudanças que têm suscitado a introdução de sucessivas (re)estruturações nos planos de formação. A formação inicial busca a aquisição de conhecimento técnico para preparar o estudante para a sua vida profissional. A formação profissional percebida como um continuum, que se inicia na formação de base e se desenvolve na formação complementar, deverá então, ser enriquecida com a Formação de Pós-Licenciatura, Pós-Graduação e de Mestrados garantindo, e conforme refere Nunes (2006) que *“por esta via da reflexão sustentada sobre a prática clínica e a produção de conhecimento dinâmico caracterizado pela problematização, pelo trabalho de projeto, pela descoberta ou negociação e pela investigação-ação, validando-se desta forma a Formação contínua”*.

A formação procura provocar um processo de aprendizagem através de experiências pertinentes tão próximas, quanto possível, das práticas sociais. A formação está para além da aquisição de um saber, tende para a aprendizagem de um saber fazer, integrando condutas e práticas, desenvolvendo o saber estar, relacionado com atitudes e comportamentos que permitem aos formandos alargar o seu campo de compreensão e de ação. Daí que a formação propende a colmatar as insuficiências do ensino inicial, ajudando cada pessoa a “inventar” as suas próprias respostas, adaptadas às situações (Tojal, 2011). Assim a formação é um instrumento fundamental e indispensável para que o ser humano, o profissional, possa progredir na aquisição de conhecimentos e adaptar-se às exigências do seu posto de trabalho.

Em relação á Formação dos enfermeiros no seu percurso académico e profissional sobre a família, podemos concluir que cerca de metade da nossa amostra, 110 (52,6%) obteve formação em contexto académico em oposição de 91 (43,5%) que não obteve formação em contexto académico.

Que formação continua ou em serviço realizaram os enfermeiros na área da família?

Na atualidade a formação continua apresenta-se como um imperativo fundamental no mundo de trabalhos. A aposta no desenvolvimento das capacidades e competências dos funcionários em todos os níveis de uma organização pública é fundamental para introduzir e desenvolver a gestão da qualidade total. Embora a formação não seja o motor primordial da gestão da qualidade total, é o seu “combustível”, pois permite à organização aceitar muitos dos valores necessários à mudança (Carapeto, 2006).

A formação é uma necessidade percebida e deve ser garantida a nível individual, organizacional e social, obrigando as instituições e os seus dirigentes a adaptar-se aos novos contextos, às novas realidades. O conhecimento existe, vive e é criado nas pessoas, com as pessoas, sendo o capital intelectual o ativo mais valioso e estratégico das organizações de saúde, impondo-se por isso que este seja identificado e avaliado para que possa ser gerido de forma eficaz (Ferreira et al, 2009, p.19). A tudo isto não é alheia a profissão de enfermagem, cuja necessidade de formar profissionais competentes cujos valores, atitudes e práticas levam a tomadas de decisão conscientes e esclarecidas, tornando-os cada vez mais autónomos, responsáveis e competentes (Dias, 2004).

A formação em serviço, surge então como que uma estratégia de atualização em contexto de trabalho de forma dinâmica, com todos os intervenientes envolvidos, sendo esta capaz de contribuir para a evolução dos conhecimentos dos profissionais e para níveis de excelência na prestação de cuidados. Assim considera-se formação em serviço, e no que concerne aos enfermeiros, um processo educativo atualizado e coerente com as necessidades específicas do serviço e do enfermeiro, mantendo as equipas valorizadas e capazes de um bom desempenho profissional (Paschoal, 2007)

Importa também referir a importância da formação como pilar de toda atividade profissional. Na opinião de Fisher et al (2008) as características pessoais, a formação, a política institucional, o contexto e a equipa onde exerce a sua função, são influenciadores dos comportamentos e atitudes dos enfermeiros face à presença dos familiares num serviço de internamento hospitalar.

Martins (2004) no seu estudo, evidenciou a eficácia da formação específica sobre a família a grupos de enfermeiros cujos resultados demonstraram uma clara melhoria nos cuidados de enfermagem, daí defender que os enfermeiros devem ser investidos de novos conhecimentos na área da família. Para além de todos os aspectos referidos, importa salientar e corroborando o que afirma Wright et Leahey (2002) quando os enfermeiros transferem para o cuidar a visão da sua própria família, apresentam uma visão egocêntrica, necessitando por isso de formação específica sobre avaliação e intervenção familiar.

Em relação à formação específica sobre a família, na nossa amostra emerge que 70,3% (147) dos enfermeiros não frequenta formação sobre família, e que apenas 53 (25,4%) dos enfermeiros, frequentaram ações de formação com menos de 6 horas. Podemos então dizer que quase $\frac{3}{4}$ dos enfermeiros da amostra não frequentaram ações de formação sobre a família, o que nos leva a concluir que existe fragilidades no que diz respeito à formação destes enfermeiros sobre a enfermagem de família.

Será que há diferenças significativas entre os anos de exercício profissional e a formação na área da família?

Neste estudo verificamos que os mais jovens são os que tiveram formação académica com algum conteúdo sobre a família disperso pelas várias disciplinas, e que os enfermeiros com tempo de serviço entre os 10 e os 19 anos de idade apresentam maior frequência de ações de formação sobre a família, no entanto não encontramos diferenças estatisticamente significativas.

Que percepção têm os enfermeiros sobre os cuidados à família em meio hospitalar?

Também em relação à organização e gestão dos serviços as frequências mais elevadas ocorreram no concordo, sendo a expressão “Discuto nas passagens de turno a inclusão da família nos cuidados” (130 casos), a com mais expressão, seguida da “Os profissionais do meu serviço estão sensíveis à intervenção na família” a de maior frequência (122 casos) e a de menor “Os profissionais do meu serviço consideram que a família prejudica o doente”. Contudo, é de salientar que para o discordo a expressão com mais representação foi “As condições físicas do serviço garantem a intimidade doente e família” (82 casos) e que em oposição apenas 11 casos referiram que concordavam, o que indicia um problema para a área da gestão dos serviços a ser repensado e que não tem diretamente a ver com a formação.

Será que há consenso entre os enfermeiros sobre os cuidados há família em meio hospitalar?

A enfermagem reconhece a família como sujeito do seu processo de viver com direitos e responsabilidades. A inclusão da família como alvo de cuidados merece a compreensão da sua complexidade, considerando as suas necessidades como um todo e não apenas as do indivíduo (Oliveira *et al.*, 2009).

O conhecimento da Enfermagem, na ajuda às famílias em contexto hospitalar foi inúmeras vezes objeto de estudo desenvolvido por vários investigadores em diferentes contextos e com diversas metodologias. Compreendendo a vivência da pessoa com um todo e sabendo que a maior parte das situações de doença exigem continuidade na família, então será importante desenvolver uma cultura de aproximação às famílias, pois esta é uma condicionante para a relação que será criada entre enfermeiro/doente/família (Wright e Leahey, 2009).

Também acreditamos que se os enfermeiros considerarem que os membros da família são importantes e acreditarem que a boa relação com a família é necessária para uma prestação de cuidados de qualidade, então poderão ser mais vocacionados a iniciar a interação e convidar a família na prestação de cuidados (Benzein *et al.*, 2008).

Na tentativa de compreender a atitude do enfermeiro face á família, foram realizados vários estudos nacionais, por Martins et al (2010) , Galinha (2009), Oliveira et al (2009) Sousa (2011) que revelaram resultados conducentes com uma atitude positiva no envolvimento da família em contexto hospitalar. Conforme refere Martins (2004, p.473) o *“desenvolvimento de uma atitude de parceria influencia positivamente o bem estar dos doentes”* e defendendo por isso que os serviços de saúde devem adotar cuidados centrados na doente e , numa atitude de parceria com a família, trazendo muitas vantagens para o doente.

Verificamos que os participantes do estudo apresentam um forte consenso a partir da escala utilizada em torno do concordo, contudo e seguindo as dimensões da escala verificamos alguns aspectos diferenciados que confrontamos com os autores.

Relativamente à tomada de decisão os enfermeiros concordam na sua maioria com a inclusão da família no processo de tomada de decisão. No entanto analisando o concordo totalmente, verifica-se que o peso dado pelos enfermeiros é maior em relação ás questões *“Considero como um factor favorável à minha tomada de decisão clinica o consenso entre o cliente, família e equipe de saúde”* , *“ O tempo que disponho para prestar cuidados condiciona a minha tomada de decisão”* , *“As opções que tomei com sucesso no passado determinam a minha intervenção em circunstâncias semelhantes”* , *“Informar-me sobre os objectivos da família é uma função da minha tomada de decisão clínica”*.

Face à gestão e organização dos serviços os enfermeiros expressam no concordo com

maior frequência as questões: “discuto nas passagens de turno a inclusão da família nos cuidados”, “ Os profissionais do meu serviço estão sensíveis á intervenção da família” , “No meu local de trabalho o gestor preocupa-se com a inclusão da família nos cuidados” e “ A equipa multidisciplinar discute as intervenções desenvolvidas à família” . No discordo os enfermeiros situam-se maioritariamente nas opiniões que afirmam que “ As condições físicas do serviço garantem a intimidade entre o doente e família” e também “Os espaços de assistência no serviço têm condições físicas, para incluir a família nos cuidados” .

Considerando a dimensão envolvimento é nítido que os enfermeiros concordam com o envolvimento da família, salienta-se um grupo de 23 enfermeiros que concordam totalmente com a necessidade do envolvimento da família no processo de tomada de decisão.

Tomando em consideração que o processo de cuidados passa pela avaliação inicial, planeamento de cuidados, desenvolvimento de cuidados e a avaliação das atividades desenvolvidas, apuramos a inclusão da família como fonte de informação é dividida na opinião dos enfermeiros da nossa amostra em igual percentagem no concordo e concordo totalmente. A afirmação “Os valores culturais e crenças da família são secundários na implementação dos cuidados” a maioria dos enfermeiros discorda o que demonstra a valorização destes aspectos para a prestação de cuidados. Na prestação de cuidados, na sua maioria concordam com as afirmações “Verifico se a família compreendeu a informação” , “ Dou sempre oportunidade à família de me questionar sobre o processo de assistência”, “Explico as vantagens das minhas de cada uma das opções de cuidados à família”, “Questiono como o doente vê o seu processo de doença nas implicações da vida familiar”, “disponibilizo tempo para ouvir as preocupações da família” e “Considero os desejos da família mantendo os níveis de segurança”. De salientar que mais de metade dos enfermeiros da nossa amostra avalia as intervenções desenvolvidas na família”

Sobre a satisfação com os cuidados à família a maioria dos enfermeiros discorda da afirmação “Protego-me do contato da família porque não sei como a abordar” contudo quando olhado a associação do concordo com o concordo totalmente $\frac{3}{4}$ dos enfermeiros partilha esta afirmação. Concordam na sua maioria com a afirmação “Sinto-me satisfeito com a minha profissão porque posso apoiar a família” e “A família reconhece-me pela atenção que lhes dispenso”. De salientar que em relação à valorização do seu trabalho pela família a maioria nem concorda nem discorda.

Os enfermeiros consideram ser suporte para a família valorizando na sua maioria as expressões “ Informo a família sobre os recursos disponíveis para o seu apoio” e “Ajudo a família a reconhecer recursos que respondam às suas necessidades”, “Informo a família dos recursos da comunidade” e “Encorajo a família a compreender as respostas emocionais à doença”. Em relação `expressão “Convido a família a manter os rituais que promovam a

aproximação dos diferentes elementos da família” a maioria nem concorda nem discorda. Os enfermeiros fazem a concepção dos cuidados suportando-se na opinião do concordo com “Exploro as reocupações do cliente sobre a doença” e “tenho em conta os conhecimentos da família para explicar as diferentes opções na gestão da doença”, “Exploro as expectativas da família sobre a doença” e “Considero os objectivos do doente nas minhas opções de cuidados”. Com menos expressão “Os factores situacionais do doente no momento do presente é que determinam a minha compreensão e a minha tomada de decisão dos cuidados a prestar”, no “questiono como o doente e a família interagem antes da hospitalização” e na “Compreensão da doença pela família ajuda-me na assistência ao doente” e “quando os familiares são problemáticos eu desenvolvo intervenções”. Os enfermeiros na sua maioria discordam com a expressão “Evito falar com a família porque a quero proteger do sofrimento”.

Em síntese a formação na área da família é necessária pelo menos para 69,8% dos enfermeiros da amostra, sendo que dos dados analisados, será possível criar um grupo de formação para enfermeiros especialistas (39), e que o critério de seleção para a formação deve ter em conta que os mais novos são os que em maior número necessitam de formação. Os temas devem de ser em torno de: avaliação da família, recriar dos cuidados de enfermagem centrados na família, aproximação do doente dos diferentes membros da família, e visibilidade dos cuidados de enfermagem na instituição e na sociedade.

Espera-se assim, que cada enfermeiro gestor com os dados apresentados, repense as temáticas da formação em serviço sobre a família, e iniciem mudanças que ajudem a atender com qualidade os doentes e suas famílias.

CONCLUSÃO

Cuidar do doente e sua família constitui uma atividade central dos cuidados de enfermagem e é cada vez mais assumida, e de forma transversal em todos os contextos de cuidados. A prática dos cuidados tem vindo a demonstrar que há uma relação íntima entre o trabalho dos enfermeiros e a família. Sabemos que um dos propósitos da família é satisfazer as necessidades dos seus membros e o trabalho dos enfermeiros tem também este objetivo. Daí decorre a necessidade sentida por nós enfermeiros, da presença da família enquanto ator ativo, proativo, participativo no processo de cuidar e na tomada de decisão.

Sabemos que a família condiciona as atitudes e comportamentos das pessoas face aos comportamentos de saúde. Podemos dizer, que os comportamentos de promoção da saúde desenvolvem-se primariamente no meio familiar, e que é na família que aprendemos os atos mais básicos e também a relacionamento com os outros e com a sociedade. A situação de doença de um membro da família, leva a mudanças no funcionamento da mesma. Com o internamento de um membro, a família faz face a um conjunto novo de necessidades, que até então não tinha vivenciado, pelo que cada vez mais sentimos ser necessário investir na prática de cuidados de forma a responder a estas realidades.

Com um internamento hospitalar, a pessoa vive situações de stress e crise, claramente evidentes. No entanto, também para a família esta situação é de stress de angústia, de claro desequilíbrio da sua rotina diária, insegurança, que de um modo ou de outro influencia fortemente a sua capacidade de agir social, emocional e fisicamente. Assim, é fundamental que o doente e a família encontrem um ambiente terapêutica favorável à união familiar, à manutenção dos seus papéis e promova o melhor para o doente e família. A Enfermagem de família, enquanto conhecimento específico para avaliar e intervir nos problemas de âmbito familiar, é uma área fundamental na prática dos cuidados de enfermagem.

Os enfermeiros gestores assumem um papel primordial na garantia do funcionamento, na gestão dos recursos humanos, na logística, na gestão dos cuidados, na formação e nas

condições ambientais. A formação dos enfermeiros, vai ganhando alguma consistência e importância tornando-se para além de uma das grandes áreas de responsabilidade do enfermeiro gestor, um dos principais meios de desenvolvimento das competências na procura da excelência na enfermagem. Importa por isso, apreciar quais os conhecimentos que os enfermeiros detêm no que diz respeito à família e qual o investimento por parte dos enfermeiros gestores para suprir as suas necessidades. É necessário enfermeiros gestores eficazes, eficientes e competentes, capazes de avaliar de forma sistemática e sustentada em instrumentos validados, quais as necessidades reais de formação dos enfermeiros.

A conjuntura atual das instituições de saúde obriga os enfermeiros gestores a otimizar até ao seu limite máximo os recursos humanos e materiais. Também necessitam de aplicar estratégias de motivação, liderança eficazes, capazes de promover a criatividade e a satisfação na profissão de enfermagem. Além disso, o cidadão comum, cada vez mais esclarecido e informado exige segurança e qualidade nos cuidados de que é alvo, particularmente nos hospitais, onde, a equipe de enfermagem tem a responsabilidade de proporcionar à população cuidados de qualidade, tendo sempre como meta a segurança dos doentes.

De acordo com os nossos resultados, podemos concluir que a autoperceção dos enfermeiros acerca dos cuidados à família em contexto hospitalar é com frequência nas afirmações no domínio do concordo e concordo totalmente, o que nos assegura que estão sensíveis aos cuidados de inclusão da família, que apresentam receptividade à presença da família junto do doente. No entanto apesar dos enfermeiros estarem sensíveis aos cuidados à família e à sua inclusão na prestação de cuidados, não fazem formação em serviço.

Identificamos lacunas na formação específica sobre a família, nos enfermeiros da nossa amostra, considerando a autoperceção dos cuidados à família em contexto hospitalar. Não identificamos diferenças estatisticamente significativas entre os enfermeiros especialistas e os restantes enfermeiros em relação à formação sobre a família.

Identificamos áreas que importam ser alvo de formação específica sobre a família, como sendo a avaliação da família, a recriação dos cuidados de enfermagem centrados na família e formas de aproximação dos diferentes membros da família no momento da hospitalização. Acreditamos que o desenvolvimento das competências dos enfermeiros nesta área da enfermagem da família que irá influenciar a visibilidade dos cuidados de enfermagem e a própria satisfação dos enfermeiros para com a sua profissão.

Estes resultados levam-nos a questionar, se são os profissionais que não procuram o seu autodesenvolvimento de forma a se tornarem melhores profissionais, com mais competência para atender a família, ou se são os serviços e a instituição que não promovem espaços de

formação sobre esta temática. Seja qual for a resposta, os nossos resultados levamo-nos a sugerir uma intervenção formativa nesta área, com estratégias criativas, que criem condições para os enfermeiros trabalharem com a família, como um recurso precioso para o bem estar do doente hospitalizado.

Em relação às condições para atender a família, podemos realçar que os enfermeiros na sua maioria expressaram a falta de condições no espaço físico para atender a família, o que nos leva a sugerir aos enfermeiros gestores uma mudança, uma reestruturação nos espaços físicos para melhor atender a família e respeitar a sua privacidade.

De forma transversal encontramos dados que nos levam a afirmar que o grupo dos enfermeiros da nossa amostra está sensível aos cuidados de inclusão da família, mas quer a instituição, quer os enfermeiros gestores, quer os próprios enfermeiros ainda não movimentaram esforços para criar condições que o permitam fazer.

No fim do percurso desenvolvido podemos afirmar, que todas as fases deste trabalho foram enriquecedoras e desafiantes, sendo que todos os condicionalismos e obstáculos foram encarados como oportunidades de crescimento pessoal e profissional e potencializadores de aquisição e alargamento de novos conhecimento. A inexperiência, a dificuldade em conciliar a vida profissional, escolar e pessoal, acrescentando a limitação do tempo foram colmatadas pela valiosa orientação, tendo sido sem dúvida o motor para a motivação em concluir esta investigação.

A natureza quantitativa do estudo apresenta-se como uma limitação na compreensão do fenómeno, considerando que não nos permitiu saber quais as necessidades efetivas, mas apenas as percecionadas pelos enfermeiros. O carácter exploratório não nos permite generalizações mas aponta-nos para uma intervenção sustentada na realidade desta instituição, podendo o estudo ser replicado noutras realidades e vir a produzir conhecimento novo na área de enfermagem e o atendimento da família em contexto hospitalar.

O desenvolvimento desta investigação, não teria sido possível sem a colaboração da instituição onde foi operacionalizada, dado que após ultrapassadas as formalidades necessárias, sempre demonstrou disponibilidade, especialmente sentida por parte dos enfermeiros Chefes, contribuindo para colaboração dos enfermeiros do seu serviço.

Ao chegar ao final do estudo, vivenciamos uma noção de cumprimento, de conquista. Os resultados obtidos contribuíram para o desenvolvimento da prática de enfermagem, sendo no entanto, insuficientes para se retirarem conclusões definitivas, mas apresentaram-se como oportunidades de reflexão e de ação.

Consideramos ter atingido os objetivos a que nos propusemos no início da investigação, descrevemos a formação desenvolvida pelos enfermeiros na área da família e associamos às áreas de intervenção, demonstrando a necessidade de formação, a autopercepção dos enfermeiros da amostra é no sentido favorável à família, mas com especificidades que nos orientam para áreas específicas a considerar na organização da formação em serviço, podemos concluir que temos a noção que os resultados contribuíram para uma melhor compreensão do fenómeno da inclusão da família na prática dos cuidados de enfermagem, em contexto hospitalar. Sentimos, no entanto, que a pertinência desta temática não se esvazia neste estudo, e merece mais investigação para que seja sentida evolução do conhecimento na área de enfermagem à família em internamento hospitalar.

REFERÊNCIAS E BIBLIOGRAFIA

ABREU, Wilson – *Identidade, Formação e Trabalho, Das culturas Locais às estratégias identitárias dos enfermeiros*. Coimbra: Coedição Formasau, Educa ,2001.

ALARCÃO, Madalena- *(Des)equilíbrios Familiares*. 3ª Edição, Coimbra, Quarteto, 2006.

ALMEIDA; Luciana P. V.; FERRAZ, Clarice A. -*Políticas de formação de Recursos Humanos em saúde e Enfermagem*, Reben REV. Brasileira de Enfermagem , 2007 P. 31-35.

ASSAD, Luciana Guimarães; VIANA, Lígia de Oliveira- *Saberes Práticos na Formação do Enfermeiro*. Brasília: Revista Brasileira de Enfermagem 2003; 56(1): 44-47.

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE ENFERMEIROS GESTORES E LIDERANÇA (APEGEL)- Referencial de competências para enfermeiros da Área da Gestão. (consultado em agosto 2014). Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/norte/informacao/documents/Referencial1%20de%20competencias>.

BAIXINHO, Cristina Lavareda – *Autoformação em Enfermagem: Um instrumento para o Desenvolvimento de Competências*. Revista Portuguesa de Enfermagem. ISSN: 0873 – 1586, nº 10(abril, maio, junho de 2007),p.11.

BAGROS, P., & Le BRETON, D.- Les “emigraines”: Interculturalité et anxiété à L’hôpital. Le Journal des Psychologues, nº 73, p. 45-47.

BENNER, Patrícia- *De iniciado a Perito*, 2ª Edição, Coimbra: Quarteto, 2005.

BENZEIN, Eva [et al.] - Nurses Attitudes Towards Families Importance in Nursing Care: a Random Sample Survey. Journal of Family Nursing. Vol. 14 (2008), p. 162-180.

CABETE, Dulce Gaspar – *O Idoso, A Doença e o Hospital, o Impacto do Internamento Hospitalar no estado Funcional e Psicológico das pessoas Idosas*. Loures: Lusociência, 2005.

CANDEIAS, Cristina- *Formação dos Enfermeiros em Cuidados Paliativos*, Mestrado em Ciências de Educação na área de Especialização em Educação e Formação de Adultos, Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Educação de Beja, Faro:2009.

CARAPETO, Carlos, FONSECA, Fátima – *Administração Pública, Modernização, Qualidade e Inovação*. 2ª Edição, Lisboa: 2006.

CARDIM, José Casqueiro – *Gestão da Formação nas Organizações, A formação na prática e na estratégia das Organizações*. Lisboa: Lidel, 2009.

- CARNEIRO; Maria G. N.- *Formação Permanente em Enfermagem – Contribuição para a sua História*. Dossier. Lisboa: ISSN 0871-0775 Ano IV, nº 2/3 (abril/setembro, 1988) P 31-36.
- CARVALHO, Amílcar- *A Realidade da Gestão em /de Enfermagem*. Sinais Vitais, Coimbra: 2009 (julho) , nº 87, p.12-17.
- CHIAVENATO, Idalberto - *Gestão de Pessoas*. 2ª Edição, Rio de Janeiro: Editora Campos, 2004.
- CONCEIÇÃO; Idália – *Planos de Formação: Que realidades? Pensar Enfermagem*. Lisboa: ISSN 0873-8904. Vol. 2, nº 2 (2º semestre, 1998) p 38-44.
- CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE ENFERMEIROS GESTORES E LIDERANÇA, - *Conclusões do 1º Congresso da Associação Portuguesa de Enfermeiros Gestores e Liderança*. Coimbra 2009 (novembro), Sinais Vitais, Coimbra: 2009 (julho) , nº 87, p.09-11.
- CORREIA, E. -*O Texto Escrito em Ensino à Distância*. Documento interno. Lisboa: Universidade Aberta, 1989.
- COSTA, Alexandre A. C- *Oferta de Atividades Formativas em Contexto de Trabalho no Âmbito da Formação Profissional Contínua em Enfermagem*- Estudo de caso. EM CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO (Área de Especialização em Formação de Adultos) Lisboa, 2008.Tese Mestrado.
- COSTA, José dos Santos- *Métodos de Prestação de Cuidados*, Escola Superior de Enfermagem de Viseu, 1999.
- COSTA, José dos Santos – *Método e Percepção do Cuidar*, Instituto de Ciências de Abel Salazar, Universidade do Porto, 1999.
- COSTA, Maria I.G.P.V. -*Mais Saber, Melhor Enfermagem: A Repercussão da formação na qualidade de cuidados*, Universidade Lusófona de Humanidade e Tecnologias, Lisboa, 2011 Tese de doutoramento.
- CUNHA, Sara R.P. – *Resiliência Familiar, estudos de Vivências de familiares de Pessoas com Doença Oncológica em fase terminal de vida, em contexto Hospitalar*. Sinais Vitais, Coimbra, 2009 (julho) , nº 85, p. 29- 32.
- DIAS, José M. – *Formadores: que Desempenho?* Loures: Lusociência, 2004. 197 p. ISBN 972 – 8383-75-4.
- DIAS, Maria O.- *A Família numa Sociedade em Mudança: Problemas e Influências Recíprocas*. Gestão do Desenvolvimento. 2000. p. 81-102. [Consult. 10 Mar. 2013]. Disponível em http://www4.crb.ucp.pt/Biblioteca/GestaoDesenv/GD9/gestaodesenvolvimento9_81.pdf.
- DIAS, Maria O.- Um olhar sobre a família na perspectiva sistémica: O processo de comunicação no sistema familiar. Gestão e Desenvolvimento. 2011. P 139-156 (Consult. 20 Março 2013). Disponível em www.https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:OjUwUR9gTFUJ:z3950.crb.ucp.pt/Biblioteca/GestaoDesenv/GD19/gestaodesenvolvimento19_139>.
- ELSEN, Ingrid ; ALTHOFF; Coleta R; MANFRINI, GISELA C. _ *Saúde da Família: desafios Teóricos* . Brasil: Família e Desenvolvimento, 2001. P. 89-97. (Consul. 20 Março 2014) ISSN 1517-6533. Disponível em WWW: < <https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:fi7sMLaf-gEJ:ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/refased/article/download/5048/3817+&hl=pt>>.

- FERREIRA, Ana I.C.F. – *Do Outro Lado da Porta... falar com a Família Numa Unidade de Cuidados Intensivos*. Sinais Vitais, Coimbra, 2009 (julho) , nº 85, p.33 - 38.
- FERREIRA, Paula A.P., PINHEIRO, P. G- *Gestão do Conhecimento em Organizações de saúde*.Sinais Vitais, Coimbra, 2009 (julho) , nº 87, p.18-24.
- FERREIRA, M.- *Atitudes face ao Estudo no Contexto do Ensino a Distância*. Lisboa: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, 1993. Tese de Mestrado.
- FIGUEIREDO, Maria H. J. S. – *Enfermagem de família: um contexto do cuidar*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, 2009. Tese de doutoramento.
- FORTIN, Marie-Fabienne – *O Processo de Investigação: Da concepção à realização*. Loures: Lusociência, 1999.
- FORTIN, Marie-Fabienne – *O Processo de Investigação: da Concepção à realização*. 2ª Edição, Loures: Lusociência, 2000. 388 p. ISBN: 972- 8383-10-X.
- FORTIN, M.F. ; CÔTÉ, J. ; FILION, F. - *Fundamentos e etapas do processo de Investigação*. Canadá: Lusodidata, 2009. ISBN: 978-989-8075-18-5
- FRANK , A. – *Just Listening: Narrative and Deep Illness. Families, Systems, and Health* , 1998. Nº 16 p. 197-212.
- GALINHA, F. – *Mediar para cuidar: o enfermeiro no serviço de urgência como preventor e gestor de conflitos com a família do utente; contributos das técnicas de mediação familiar*. Coimbra: 2009, Teses de Mestrado.
- GARRIDO, António et al – *Supervisão Clínica em Enfermagem: Perspectivas Práticas*. Universidade de Aveiro, Theoria Poésis Praxis, 2008.
- GARRIDO, António-*Supervisão Clínica em Enfermagem e Atualidade de Vida dos Enfermeiros*. Universidade de Aveiro, s.ed, 2004, Tese de Mestrado.
- GOMES, Jorge et al – *Manual de gestão de pessoas e do capital humano*, edições sílabo, Lisboa: 2008.
- GONÇALVES, Alice M.F. – *das Indefinições da profissão Enfermagem às indefinições da Formação em Serviço: estudo de caso em Contexto hospitalar*. Porto: Universidade do Porto, faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, 2003. Tese de Mestrado em Ciências da Educação Especialização em Formação Profissões e identidade.
- GÔNGORA, José Navarro. (2004) - *Enfermidad y familia*. Barcelona, ed. Paidós.
- GUERRA, Mª Luísa Gonçalves – *Formação Profissional dos Enfermeiros: Determinantes da Participação dos Enfermeiros em Ações de Formação em Serviço*. Vila Real: Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Departamento de Economia, Sociologia e Gestão, 2008.Tese de Mestrado.
- HANSON, S.M. _ *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família*, 2ª edição Loures: Lusociência, 2005, ISBN 972 -8383-83-5.
- IVANCEVICH, John M – *Gestão dos Recursos Humanos*, McGranhill, 2008.

KEEGAN, D.J. – *On Defining Distance Education*. Artigo disponível na edição electrónica do Jornal Distance Education- An International Journal, 1980.

KURCGANT, Paulina e al – *Administração em Enfermagem*. São Paulo: EPU, 1991.

KURCGANT, Pauline; MACHADO, Valéria B. – *O Processo de Formação da Cultura da Organizacional em Hospital Filantrópico*, Revista Escola de Enfermagem Universidade de São Paulo, 2003; 38 (3) 280-7.

LEVI_STRAUSS, C – *Polémica sobre el origem y la Universidade de la Família*, Barcelona: AnaGrama, 1991.

LEWIS, R. -*What is "Quality" in Corporate Open Learning and How do We Measure It?* Open Learning. 4,9-13,1989.

LOPES, Cristina M. C. P. – *Estudo para a Implementação de Plataformas de e-learning no Sistema de Formação dos Recursos Humanos da Saúde: o caso particular dos enfermeiros de um hospital privado*. Évora/Lisboa: Universidade de Évora, 2011.Tese de Mestrado.

MAGALHÃES, S. C. – *A vivência de transições na parentalidade face ao evento hospitalização da criança*. Porto. Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2011 Tese de Mestrado em Enfermagem de saúde Infantil e Pediatria.

MAGALHÃES, Ana M. M.- *Primary Nursing : adaptando um novo modelo de trabalho no serviço de enfermagem cirúrgica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre*. Revista gaúcha de enfermagem. Porto Alegre. Vol. 21, n. 2 (jul. 2000) p. 5-18
<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/23463>.

MALAGUTTI, Willian – *Gestão do Serviço de Enfermagem no Mundo Globalizado*, Rubio, 2009.

MALATO, Domingos- *Inquérito Programa Padrões de Qualidade de Enfermagem (PPQCE)*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2011. (Consultado a 19 de janeiro de 2013). Encontrado na internet: <URL:
http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/InqueritoPPQCE_DadosProgresso2010_VFinal_proteg.pdf>.

MARGATO, Carlos – *Participação dos Enfermeiros Na Gestão dos Serviços de Saúde*, QUEIROZ, Sinais Vitais, Coimbra, 2009 (novembro) , nº 87, p. 04-05.

MARQUES et al – *Administração e liderança em enfermagem*.6ª Edição, Editor Aitmed:2009.

MARTINS, Maria M.F.P.S.; FIGUEIREDO; Maria H. J.S.- *Avaliação familiar: O Modelo de Calgary de Avaliação da Família aos Focos da Prática de Enfermagem*, Ciência Cuidado e Saúde, Maringá, 2010 Julho/setembro, 9(3), P. 552-559.

MARTINS, Maria M.F.P.S. – *Uma Crise Acidental na Família*, O Doente com AVC. Coimbra: Formasau, 2002.

MARTINS, Maria M.F.P.S. – *O adulto doente e a família: uma parceria de cuidados*.Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2004. 526p.Tese de Doutoramento.

MENDES, Maria G. S. - *Organização dos cuidados e a parceria com os pais em pediatria*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2012
<http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/19940>.

- MENOITA, Elsa – *Formação em Serviço, Um Contributo para o Desenvolvimento*, Formasau, Coimbra: 2011.
- MESTRINHO, Maria de Guadalupe; ANTUNES, Lina- *A Investigação nos Contextos de Trabalho, Desafios da Experiência – Um Sentido para a Reabilitação*, Lusociência, 2013
- MONTEIRO, Luis-*Desafios e respostas na gestão do capital humano no sector da saúde: A necessidade de um “extreme makeover”*, Revista Portuguesa de Gestão & Saúde, 2011.
- MONTEFUSCO, Selma R. et al- *Avaliação das famílias em contexto Hospitalar: uma aproximação entre o modelo de Calgary e a taxonomia de NANDA*, Texto & Contexto – Enfermagem – ISSN- 0104-0707, 2008.
- MONTICELLI, M.; BOEHS A. E. – *A Família na Unidade De Internação Hospitalar: Entre o Informal e o Instituído*, Revista Escola de Enfermagem USP , 2007, 41 (3) – 468 – 77.
- MOREIRA, Isabel M. P. B. – *O Doente Terminal em Contexto Familiar, Uma análise da Experiência de Cuidar Vivenciada pela Família*, Formasau, Coimbra: 2001.
- NÓVOA, António – *O Método (auto) biográfico e a formação*, Lisboa, DRHS, 1988.
- NÓVOA, António – *“A formação Contínua dos professores”. Formação Contínua dos professores :realidade e Perspectivas*. Aveiro: Universidade de Aveiro, p. 15-38, 1991.
- NÓVOA, António – *As Organizações Escolares em Análise*. Lisboa: Publicações D. Quixote/ Instituto de Inovação Educacional , 1992.
- NÓVOA, António – *“Histórias de Vida” In SAMARTINO E TORRES- Educação de Adultos, Cadernos de Formação*, p. 58-70.
- NÓVOA, António; RODRIGUES, Cristina (2005). Prefácio. In: Canário, Rui e Cabrito, Belmiro (Orgs.). *Educação e Formação de Adultos: Mutações e Convergências*. Lisboa: Educa, p. 7-14.
- NUNES, M. – *Expectativas de Formação Enfermeiros do Distrito de Viseu: Instituto Politécnico de Viseu*, 2006. Disponível na internet: URL: <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/405>.
- OLIVEIRA, P.C. (at AI) _ *Atitudes dos Enfermeiros face à família nos CSP: validação da Escala IFCE - AE*. In UNIESEP – *Da Investigação à prática de Enfermagem de família*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2009, p. 34-48 .
- ORDEM DOS ENFERMEIROS- *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos*, Conselho de Enfermagem, Lisboa, 2001.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Sistemas de Informação e Documentação de Enfermagem*. Lisboa: *Ordem dos Enfermeiros*, 2005.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS- *Dotações Seguras, Salvam Vidas*, Dia Internacional do Enfermeiro -12 de maio, ICN, 2006.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Sistema de Informação de Enfermagem (SIE): Princípios básicos da arquitetura e principais requisitos técnicos - funcionais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2007.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Dados Estatísticos 2000 - 2010*. Lisboa: OE, 2013.

.ORDEM DOS ENFERMEIROS – Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Lisboa: OE, 2009.

ORDEM DOS ENFERMEIROS- Código Deontológico. Lisboa, OE, 2013.

ORDEM DOS ENFERMEIROS- Regulamento Exercício da Profissão de Enfermagem. Lisboa, OE, http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/REPE_VF.pdf, (consulta a 25 de fevereiro de 2012).

PACHECO, Susana-*Cuidar a Pessoa em Fase Terminal: Perspectiva Ética*. Lisboa: Lusociência, 2002.

PAIXÃO, Hugo Miguel- *Formação em Serviço, das Motivações aos contributos para o desenvolvimento profissional*, Revista Sinais Vitais pag. 41- 43.

PASCHOAL A. S.; MANTOVANI, M. F.; MÉIER, M.J. –*Percepção da Educação Permanente, Continuada e em Serviço para Enfermeiros de um Hospital de Ensino*. [em linha]. 41:3 (2007) 478 - 484. [Consult. 25 Fev. 2012]. Disponível em: www.ee.usp.br/reeusp/.ISSN 1980-220X.

PEARSON, A. - Primary Nursing. London: Crom Helm, 1988.

PEREIRA, Maria da Graça et all (2002) – O doente Oncológico e a sua família. Lisboa , CLIMEPSI.

PERES, Heloísa H.C.; LEITE, Maria M. J. ; GONÇALVES , Vera L. M- *Educação Continuada: Recrutamento e Seleção, Treinamento e Desenvolvimento e avaliação de Desempenho profissional*. Rio de Janeiro, Editora Guanabara Koogan LTda, 2010.

PETRONILHO, Fernando A. S. – *Produção de Indicadores de Qualidade, a Enfermagem que queremos Evidenciar*, Sinais Vitais, Coimbra, 2009 (janeiro) , nº 82 , p. 36-44.

PORTUGAL. Lei de Bases da Saúde. Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro.

PORTUGAL, Decreto - Lei 305/1981 de 12 de novembro.

PORTUGAL. Decreto lei 50/98 de 11 de março.

PORTUGAL. Decreto Lei nº 104/98 de 21 de abril.

PORTUGAL. Decreto lei nº 248/2009 de 22 de setembro.

PORTUGAL. Decreto-Lei n.º247/2009 de 22 de Setembro.

QUEIROZ, Ana Albuquerque – *Entrevista à família em Quinze Minutos (ou menos)*, Sinais Vitais, Coimbra, 2009 (julho) , nº 85, p.59- 62.

RAMOS, C.B.C. _ *o espaço Psicológico do Doente no Contexto Hospitalar*. Hospitalidade, 1996. nº 236/237, p. 95-103.

RELVAS, Ana Paula – *O Ciclo Vital da Família: Perspectivas sistémicas*, 3ª Edição. Porto: Edições Afrontamento, 2004.

ROCHA, J.A. Oliveira- *Gestão de Recursos Humanos na Administração Pública*, 3ª Edição, Lisboa: Escolar Editora, 2010.

RODRIGUES, Ludovida M. O.- A Família Parceria no Cuidar: intervenção do Enfermeiro. Tese de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, 2013 , Tese de Mestrado.

ROLLAND, John S.(2000) – Famílias, enfermedad y discapacidad. Barcelona,, ed Gedisa.

ROSÁRIO, Jorge Miguel Olho Azul – *A integração da internet na autoformação dos enfermeiros*. Faro: Universidade do Algarve, Instituto Politécnico de Beja, 2007.Tese de Mestrado.

RUA, Marília dos Santos – *De Aluno a Enfermeiro: Desenvolvimento de Competências em Contexto de Ensino Clínico*. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2011. Lusociência. ISBN: 978-972-9830-68-4.

SANTOS, Margarida I.O.F – *Análise da Adequação do Modelo de Calgary de Avaliação Familiar*, Sinais Vitais, Coimbra, 2009 (julho) , nº 85, p.21-27 .

SANTOS, Eunice Costa Pereira – *Formação em Serviço e Desenvolvimento Profissional: desafios e constrangimentos*. Algarve: Universidade do Algarve, 2008. Tese de Mestrado.

SCHMITZ, Jerry – A Trajetória da família de Portadores de insuficiência Renal Crónica: Desafios e a emergência familiar. Brasil- Itajá: Universidade do vale do Itajá, 2008. 109 p. (consult. 22 fev 2014) Disponível em [www: <http://www6.univali.br/tede/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=642>](http://www6.univali.br/tede/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=642).

SILVA, Maria H. – *Importância da avaliação Familiar das Necessidades da Família do Doente*, Para o Desenvolvimento da Profissão de Enfermagem, ,Sinais Vitais, Coimbra, 2009 (julho) , nº 85, p. 45-48.

SOUSA, Eunice S.A.S. – A Família: Atitudes do Enfermeiro de Reabilitação. Port: escola De Enfermagem do Porto, 2001. 151 p. (Consult. 22 Nov. 2013) . Disponível em [www: <https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:XzEL0ngJaAJ:comum.rcaap.pt/bitstream/123456789/1775/1/MER_Tese_Salom%25C3%25A9_2011.pdf>](https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:XzEL0ngJaAJ:comum.rcaap.pt/bitstream/123456789/1775/1/MER_Tese_Salom%25C3%25A9_2011.pdf).

SOUSA, Maria F. A. – A Formação Contínua em Enfermagem. Revista Nursing. Lisboa. ISSN 0871-6196. Ano 15, nº 175 (Março, 2003), p. 28-33.

SOUSA, Artur Ferreira Sousa - *Um Modelo de Organização e Partilha de Informação de Enfermagem entre hospital e Centro de Saúde: estudo Delphi*. Ata Paul Enferm. 18(4):368-81(2005). (Consultado a 16 de Janeiro de 2013). Disponível na internet: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n4/a05v18n4.pdf>>.

STANHOPE; Marcia – Teorias e Desenvolvimento familiar. In STANHOPE; Marcia; Lancaster, Jeanette – *Enfermagem Comunitária: Promoção de Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduo*. Lisboa: Lusociência, 199. P. 492-514.

SUBTIL, Carlos L. – *A Autonomia do Enfermeiro de Família Nas Unidades de Saúde Familiar* – USF'S, ,Sinais Vitais, Coimbra, 2009 (julho) , nº 85, p. 40- 44.

TOJAL, Ana Margarida A. F.- *Percepção dos Enfermeiros sobre a Formação em Serviço*, Tese de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, 2011 , Tese de Mestrado.

TORRES, A. – *Ensino a Distância Formação Flexível, apresentação e publicação durante o Encontro Nacional de Ensino a Distância*, organizado pelo INOFOR em 25 e 26 de novembro de 1999. Lisboa, 1999.

VEIGA, Maria, DUARTE, Maria, GÂNDARA, Maria – *Que futuro para a Formação Permanente dos Enfermeiros?*. Enfermagem em Foco, Lisboa, ISSN 0871-8008, Ano V nº 20 (agosto/outubro, 1995) p 35-39

VILELAS, José – *Investigação: O processo de Construção do Conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo, 2009. 399p . ISBN 978-972-618-557-4

VELEZ, Cláudia – Expectativas dos familiares de doentes internados na UCI face aos enfermeiros. Revista Nursing; n.º 168; 2002.

VELEZ, Luísa S.- Formação em Serviço, uma necessidade ou uma calendarização, Sinais Vitais, Coimbra, 2009 (julho) , nº 87, p. 44-46.

WHALEY & WONG – *Enfermagem Pediátrica- Elementos Essenciais à Intervenção Efetiva*. Rio de Janeiro: 5ª Edição; Editora Guanabara, 1999; ISBN: 85-277-0506

WRIGHT, L.M.; LEAHEY, M _ *Enfermeiras e famílias: Um Guia para a Avaliação e Intervenção na Família*, 3ª Edição Brasil: Editora Roca, Lda, 2002.

WRIGHT, L.M.; LEAHEY, M _ *Enfermeiras e famílias: Um Guia para a Avaliação e Intervenção na Família*, 3ª Edição Brasil: Editora Roca, Lda, 2009

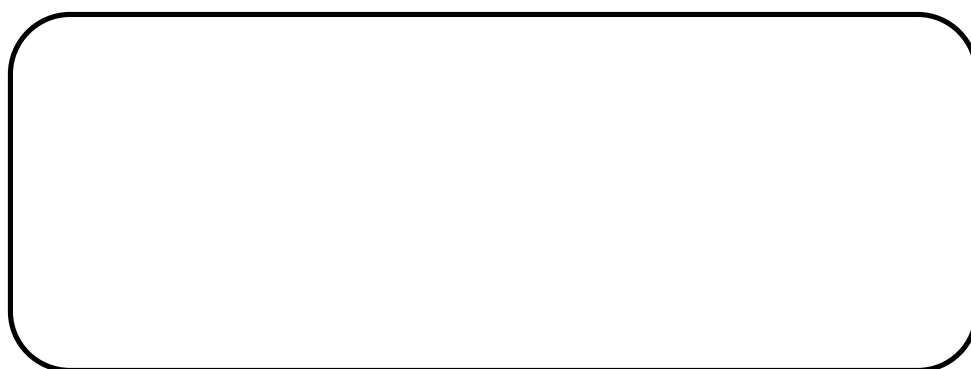
ANEXOS

ANEXO I - Questionário

QUESTIONÁRIO

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Mestrado em Direção e Chefia dos Serviços de Enfermagem



Orientação: Professora Doutora Manuela Martins

Co- orientação: Mestre Júlia Martinho

Ana Luísa Portela Gonçalves Bastos

Porto, 2013

Mestrado em Direção e Chefia dos Serviços de Enfermagem

Escola Superior de Enfermagem do Porto

Nota introdutória

Este instrumento de colheita de dados para o qual lhe pedimos a sua colaboração é um questionário, cujos objetivos principais são Conhecer a autoperceção dos enfermeiros acerca dos cuidados à família em contexto hospitalar e Identificar as necessidades de formação dos enfermeiros considerando a autoperceção dos cuidados à família em contexto hospitalar.

Este questionário, será utilizado na pesquisa que estamos a desenvolver subordinada ao tema: “O enfermeiro gestor na formação dos enfermeiros para a inclusão da família em contexto hospitalar”, enquadrada no âmbito do Curso de **Mestrado em Direção e Chefia dos Serviços de Enfermagem**, que frequentamos na Escola Superior de Enfermagem do Porto

. Este estudo só terá interesse se a sua participação for franca e criteriosa, na forma como responde às questões.

O questionário é anónimo e os dados obtidos são confidenciais.

Se pretender, posteriormente, conhecer os resultados do trabalho de investigação que estamos a desenvolver neste Curso de Mestrado, deverá contactar a autora (Ana Luísa Bastos na Escola Superior de Enfermagem do Porto), a qual terá o maior prazer em dar-lhe a conhecer as conclusões do estudo. Desde já agradeço a sua colaboração!

Para o preenchimento deste questionário tenha em consideração o seguinte:

1 - Responda a todas as questões com o máximo de sinceridade

2 - Não deixe nenhuma questão por responder, pois deixará de ter interesse para o estudo.

DADOS BIOGRÁFICOS E PROFISSIONAIS

1. IDADE: _____

2. SEXO: Feminino ☐ Masculino ☐

3. HABILITAÇÕES ACADÉMICAS (e Ano em que terminou):

- a. Bacharelato. ☐ Ano: _____
- b. Licenciatura. ☐ Ano: _____
- c. Mestrado ☐ Ano: _____
- d. Outras ☐ ... Quais _____ ☐ Ano: _____

4. CATEGORIA PROFISSIONAL:

- a. Enfermeira(o) ☐
- b. Enfermeira(o) Graduada(o) ☐
- c. Enfermeira(o) Graduada(o) com Especialidade ☐
- d. Enfermeira(o) Especialista ☐
- e. Enfermeira(o) Chefe ☐
- f. Enfermeira(o) Supervisora ☐

5. ÁREA DA ESPECIALIDADE: _____

NÚMERO DE ANOS COMPLETOS NA CATEGORIA ATUAL: _____

NÚMERO DE ANOS COMPLETOS NOS CUIDADOS EM CONTEXTO HOSPITALAR: _____ ---

NÚMERO DE ANOS COMPLETOS NO EXERCÍCIO DA PROFISSÃO: _____

ÁREA(S) FUNCIONAIS QUE DESEMPENHA PREDOMINANTEMENTE

- a) Prestação de cuidados ☐
- b) Formação ☐
- c) Gestão ☐
- d) Outra ☐ Qual _____

6. DURANTE A SUA FORMAÇÃO ACADÉMICA TEVE ALGUMA DISCIPLINA (UNIDADE CURRICULAR) SOBRE FAMÍLIA?

Sim ☐ Não ☐

Se respondeu SIM, indique em que formação:

Curso de Enfermagem ☐

Especialidade ☐

Outras ☐ Especificar: _____

7. DURANTE SUA FORMAÇÃO ACADÉMICA TEVE ALGUM CONTEÚDO SOBRE A FAMÍLIA DISPERSO PELAS VÁRIAS DISCIPLINAS?

Sim ☐ Não ☐

Se respondeu SIM, indique em que formação:

Curso de Enfermagem ☐

Especialidade ☐

Outras ☐ Especificar: _____

8. FREQUENTOU ACÇÕES DE FORMAÇÃO ESPECÍFICAS SOBRE FAMÍLIA, PARA ALÉM DA FORMAÇÃO ACADÉMICA?

Sim ☐ Não ☐

Se respondeu SIM, indique **quais**, há **quantos anos** e a sua **duração**.

< 6 anos ≥6 anos Duração

☐☐ _____ Horas

Escala de avaliação de autopercepção dos cuidados à família em contexto hospitalar

(Martins,MM;Martinho,J;Fernandes,I; Carvalho, JC; 2013)

Irá encontrar 55 afirmações sobre a sua percepção dos cuidados à família em contexto hospitalar.

Cliente é considerado a pessoa individual e a família, contudo pelo contexto hospitalar, intencionalmente utilizamos doente e família.

Assinale com uma cruz, a opção (apenas UMA), que corresponde melhor à sua resposta.

1 – Discordo totalmente; 2 – Discordo; 3 – Nem Concorde/Nem Discordo; 4 – Concorde; 5 – Concorde totalmente

		1	2	3	4	5
1	Informar-me sobre O objetivos do cliente é uma função da minha Tomada de decisão clínica	1	2	3	4	5
2	Incluo sempre a família como fonte de informação	1	2	3	4	6
3	Avalio se os objetivos do doente e família são comuns para tomar decisões mais favoráveis no processo de cuidados.	1	2	3	4	5
4	A equipa multidisciplinar discute os problemas da família face ao seu familiar internado.	1	2	3	4	5
5	Considero como um fator favorável à minha tomada de decisão clinica o consenso entre o cliente, família e equipe de saúde.	1	2	3	4	5
6	Quando os familiares são problemáticos eu desenvolvo intervenções específicas dirigidas à sua inclusão nos cuidados ao doente	1	2	3	4	5
7	Os profissionais do meu serviço consideram que a família prejudica à família	1	2	3	4	5
8	Peço aos meus colegas sugestões que possam melhorar a prestação dos cuidados à família	1	2	3	4	5
9	O tempo que disponho para prestar cuidados condiciona a minha tomada de decisões.	1	2	3	4	5
10	Os fatores situacionais do doente “no momento presente” é que determinam a minha compreensão e a minha tomada de decisão dos cuidados a prestar	1	2	3	4	5
11	Considero os objectivos do doente nas minhas opções de cuidados	1	2	3	4	5
12	Sinto-me satisfeito com a minha profissão porque posso apoiar a família	1	2	3	4	5
13	As opções que tomei com sucesso no passado determinam a minha intervenção em circunstâncias semelhantes.	1	2	3	4	5
14	Avalio as consequências do internamento do doente no funcionamento da sua família	1	2	3	4	5
15	Incluo sempre a família nos cuidados	1	2	3	4	5
16	Reconheço a necessidade da família participar no processo de tomada de decisão.	1	2	3	4	5
17	Analiso com a família a assistência no autocuidado para facilitar a tomada de decisão	1	2	3	4	5
18	A família valoriza o meu trabalho	1	2	3	4	5
19	Avalio as intervenções desenvolvidas na família	1	2	3	4	5
20	Recrio os cuidados tendo em conta os desejos da família	1	2	3	4	5
21	Considero os desejos da família mantendo os níveis de segurança	1	2	3	4	5
22	Peço aos meus colegas sugestões que possam melhorar a prestação dos cuidados ao cliente	1	2	3	4	5
23	Considero obem-estarda família, quando tomo uma decisão clinica	1	2	3	4	5
24	Informar-me sobre os objetivos da família é uma função da minha tomada de decisão clínica	1	2	3	4	5
25	Evito falar com a família porque a quero proteger do sofrimento.	1	2	3	4	5

26	Ajudar a família reconhecer recursos que respondam às suas necessidades	1	2	3	4	5
27	Envolver sempre o meu cliente e família na minha tomada de decisão clínica, ouvindo-os sobre a situação	1	2	3	4	5
28	Tenho em conta os conhecimentos da família para explicar as diferentes opções na gestão da doença	1	2	3	4	5
29	Os valores culturais e crenças da família são secundários na implementação dos cuidados.	1	2	3	4	5
30	Exploro as preocupações da cliente sobre a doença.	1	2	3	4	5
31	Explico as desvantagens de cada uma das opções de cuidados à família	1	2	3	4	5
32	Sou reconhecido pelos meus pares pela atenção que dou à família	1	2	3	4	5
33	Os espaços de assistência no serviço têm condições físicas, para incluir a família nos cuidados.	1	2	3	4	5
34	As condições físicas do serviço garantem a intimidade entre o doente e família	1	2	3	4	5
35	O serviço tem espaço próprio para atender a família	1	2	3	4	5
36	Convido a família a manter os rituais que promovam a aproximação dos diferentes membros.	1	2	3	4	5
37	Disponibilizo tempo para ouvir as preocupações da família	1	2	3	4	5
38	Explico as vantagens de cada uma das opções de cuidados à família	1	2	3	4	5
39	Verifico se a família compreendeu a informação.	1	2	3	4	5
40	Os profissionais do meu serviço estão sensíveis à intervenção na família	1	2	3	4	5
41	A equipa multidisciplinar discute as intervenções desenvolvidas à família	1	2	3	4	5
42	Dou sempre oportunidade à família de me questionar sobre o processo de assistência.	1	2	3	4	5
43	No meu local de trabalho o gestor preocupa-se com a inclusão da família nos cuidados.	1	2	3	4	5
44	Discuto nas passagens de turno a inclusão da família nos cuidados	1	2	3	4	5
45	Recorro à pesquisa para sustentar a minha prática de cuidados à família.	1	2	3	4	5
46	Questiono como o doente vê o seu processo de doença nas implicações da vida familiar	1	2	3	4	5
47	Exploro as expectativas da família sobre doença.	1	2	3	4	5
48	A compreensão da doença pela família ajuda-me na assistência ao doente	1	2	3	4	5
49	Questiono como o doente e a família interagem antes da hospitalização.	1	2	3	4	5
50	Protejo-me do contato da família porque não sei como a abordar.	1	2	3	4	5
51	A família reconhece-me pela atenção que lhes dispense.	1	2	3	4	5
52	A família valoriza o meu trabalho.	1	2	3	4	5
53	Informo a família sobre os recursos disponíveis para o seu apoio	1	2	3	4	5
54	Encorajo a família a compreender as respostas emocionais à doença	1	2	3	4	5
55	Informo a família dos recursos na comunidade	1	2	3	4	5

Muito obrigado pela sua colaboração

Escola Superior de Enfermagem do Porto
UNIESEP
UCP Enfermagem Profissão e Disciplina

ANEXO II – Autorização para a colheita de dados

Deli Bencido

Aufiliga

Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração
do Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE

Ana Marta Ponte Praveira
ENFERMEIRO DIRETOR
Centro Hospitalar Alto Ave, EPE

DEC 9/10/13

Ana Luísa Portela Gonçalves Bastos, portadora do 08209367 aluna do Curso de Mestrado em Direção e Chefia dos Serviços de Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem do Porto, (Anexo 1) venho por este meio solicitar a vossa Ex.^a autorização para efetuar a recolha de dados para a dissertação que se encontra a desenvolver com o tema **"O enfermeiro gestor na formação dos enfermeiros para a inclusão da família em contexto hospitalar"**, sob a orientação da Professora Doutora Maria Manuela Martins e co-orientação da Mestre Maria Júlia Costa Marques Martinho com o objetivo de:

Conhecer a autoperceção dos enfermeiros acerca dos cuidados à família em contexto hospitalar e identificar as necessidades de formação dos enfermeiros considerando a autoperceção dos cuidados à família em contexto hospitalar, sendo imprescindível termos acesso a todos os enfermeiros do CHAA, que desempenhem funções nos serviços de internamento para concretizarmos os objetivos do estudo e obtermos êxito nesta fase do nosso projecto.

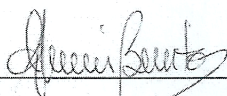
O questionário (anexo 2) é o recurso metodológico utilizado para a colheita de dados e é constituído por uma primeira parte, que integra a caracterização sócio - demográfica dos participantes e uma segunda que integra a escala denominada *"Escala de avaliação de autoperceção dos cuidados à família em contexto hospitalar"* dos autores (Martins, Martinho, Fernandes & Carvalho, 2013) de quem temos autorização para a sua aplicação. Na qualidade de investigadora responsável declaro assumir a liderança científica do estudo de acordo com os meios apresentados e as normas internas da instituição.

O nome dos participantes será mantido em sigilo e as informações serão utilizadas somente para fins de investigações e nas publicações delas decorrentes, mantendo-se o anonimato da instituição. Porque acreditamos, contar com a vossa colaboração anexamos também a este pedido, o consentimento informado que o enfermeiro deve assinar caso concorde em participar.

Para eventuais esclarecimentos ou dúvidas informo o meu endereço electrónico analbastos@gmail.com e telemóvel 963066076.

Desde já agradeço a atenção dispensada por V. Exa., subscrevo-me com os melhores cumprimentos

Guimarães, 8 de outubro de 2013



(Ana Luísa Portela Gonçalves Bastos)